sapere

spedizione in abbon. postale gruppo III 70%

mensile / n. 798 / marzo 1977 / edizioni Dedalo / lire 1.000

La difficile eredità di Giulio A. Maccacaro

Numero speciale dedicato ai suoi scritti

Scienza e potere

Medicina e potere

Democrazia e potere

Scuola e potere

numero 798
marzo 1977
volume LXXX
lire 1.000

spediz. in abbonamento
postale gruppo III, 70%

sapere

Nuova serie fondata da Giulio A. Maccacaro

La difficile eredità di Giulio A. Maccacaro

SCIENZA E POTERE

MEDICINA E POTERE

DEMOCRAZIA E POTERE

SCUOLA E POTERE

Direzione e Redazione: Galleria Strasburgo 3, telefoni: 795557, 790517, Milano 20122 ● Direttore responsabile: Raimondo Coga ● Amministrazione, abbonamenti e pubblicità: Edizioni Dedalo, casella postale 362, Bari 70100, telefoni: 371555, 371025, 371008 ● Abbonamento annuo (12 fascicoli con diritto al raccoglitore gratis a fine anno) lire 10.000. Estero lire 15.000. Versamenti sul conto corrente n. 13/6366 intestato a edizioni Dedalo, casella postale 362, Bari 70100 ● Registrazione: n. 372 del 3 ottobre 1969 del Tribunale di Bari ● *Stampa e composizione*: Dedalo litostampa di Bari. ● Concessionaria per la diffusione nelle edicole: Parrini & C. s.r.l. aderente A.D.N. - Piazza Indipendenza 11/B, tel. 4992 - Roma 00185 / Via Termopili 6/8, tel. 2896471 - Milano.

La difficile eredità di Giulio A. Maccacaro

Ho conosciuto Giulio Maccacaro, appena chiamato a Milano come Professore di Biometria e Statistica Medica. In occasione di una riunione di docenti si discusse di quello che stava succedendo a tre giovani studenti del Liceo Ginnasio G. Parini di Milano, i quali avevano osato trattare di « Cosa pensano le ragazze d'oggi » in un articolo del giornale della Scuola « La zanzara ». L'espressione del loro pensiero era costata una imputazione così grave che il Pubblico Ministero, nel corso della istruttoria sommaria, si era avvalso della « ispezione corporale » sugli studenti imputati, non tanto per la ricerca della verità processuale racchiusa in quelle paginette del giornale, quanto per umiliare e punire nel modo peggiore quei giovani [1].

Il processo che ne seguì — e dal quale i tre studenti uscirono assolti — produsse grave turbamento per i tentativi, andati poi a buon fine in sede di appello, di togliere il processo al suo giudice naturale, sin da allora per motivi di ordine pubblico [1].

In quella occasione ebbi modo di constatare come Giulio Maccacaro analizzasse nei termini essenziali l'intervento del potere costituito — « le cui fondamenta sono infisse nel dogma, nella investitura e nel privilegio » — per reprimere i tentativi di emancipazione dai cosiddetti princìpi inculcati e diventati nel tempo dei vuoti atteggiamenti. Fu quando imparai da lui che il potere non è un ente astratto, da invocare a proposito e a sproposito, ma una realtà di fatti e uomini che va ricercata con il massimo rigore per le regole che la sottendono, e che vengono ferreamente esercitate ogniqualvolta si teme che il potere venga in qualche modo intaccato. Sempre riandando a quegli anni mi viene di ricordare un altro esempio di come venga esercitata violenza sulle persone che dimostrano un comportamento anomalo rispetto alle regole del potere. Si tratta della grave condanna inferta ad Aldo Braibanti [2], partigiano nelle Brigate G.L., catturato e torturato dalle bande Koch e Carità, colpevole di « plagio » nei confronti di Giovanni Sanfratello « cittadino maggiorenne, tutelato dalle leggi della Repubblica », il quale « ridotto in totale soggezione dal Braibanti, poteva circolare liberamente e realizzava una intensa attività artistica » mentre « sottratto al plagio attraverso il rapimento da parte dei suoi familiari viene restituito alla libertà con il ricovero prima in una casa di cura privata e poi in manicomio ». Nel quale manicomio i quaranta elettrochoc e i due coma insulinici « non saranno sufficienti a convincerlo di schierarsi contro il Braibanti ». Giovanni Sanfratello vien dimesso dal manicomio in via di esperimento (difenderà con la sua testimonianza il Braibanti) a condizione, però, di osservare rigorosamente una serie di prescrizioni mediche quali « il divieto di leggere libri che non abbiano almeno cento anni, l'ordine di evitare in via assoluta qualsiasi contatto o interessamento diretto o telefonico con gli amici di un tempo, considerati patogeni dal Prof. Trabucchi » (fratello dell'allora ministro e medico curante) e dai precedenti curanti, di usare la massima lealtà nell'evitare qualsiasi forma di evasione dalle prescrizioni di cui sopra e dare notizia di qualsiasi scappatella in merito ».

Fatti come questi ed altri ben più gravi, se si può dir così, non potevano non stimolare una intelligenza così dedicata alla lotta contro la ingiustizia e l'oppressione come quella di Giulio Maccacaro. Egli ben sapeva, però, che la repressione di elementari diritti civili nasconde la vera preoccupazione del potere, che venga cioè intaccata la struttura sociale basata sul profitto e sullo sfruttamento dell'uomo sull'uomo. Ed è all'analisi di questa preoccupazione del potere che Maccacaro ha portato un contributo a parer mio non ancora appieno valutabile, sostenendo alcune memorabili battaglie, alla fine degli anni sessanta, sulla sperimentazione sull'uomo, sulle interazioni dell'industria farmaceutica con le strutture sanitarie, sui ruoli svolti dalle istituzioni pubbliche « nel cambiare qualcosa perché tutto restasse come prima », anziché operare fermamente ed efficacemente per la tutela della salute della collettività, sull'esercizio del grande e piccolo potere contro i lavoratori e i deboli nella fabbrica, nella professione, negli ospedali e nelle scuole.

La riflessione su questa analisi deve aver portato Maccacaro a stabilire la stretta connessione tra il potere e la scienza nell'odierna società capitalistica e a formulare l'ipotesi « che la scienza sia nell'esperienza attiva o passiva e nel discorso implicito o esplicito di tutti gli uomini; perché di scienza è ormai fatto il potere e di potere gli uomini vivono e muoiono » [3]. Parallelamente egli maturando la ricerca sulle condizioni ottimali di una gestione del potere da parte della classe operaia, gestione che realizzasse appieno il benessere e la salute di una collettività e di un uomo nuovi. Questa ricerca andava maturando anche in base alle esperienze di socialismo che egli ebbe modo di conoscere a livello e varietà mondiali. Per quanto attiene alla scienza e al potere nella presente società capitalistica, egli ebbe a mettere in risalto

l'uso del sapere e del metodo scientifico da parte della borghesia « per conservare la sua egemonia sul proletariato e per negarli il suo ruolo storico » attraverso la oggettivazione di una scienza per se, neutrale, « cui basta l'evidenza dei risultati per assolverla dalla giustificazione dei fini. Questi, si implica, non possono divergere dall'interesse e dal bene collettivo. Quando tale divergenza si fa apparente e non oltre occultabile, è pronto l'alibi della ricaduta di conoscenze e di beni in qualche modo fruibili. Quando addirittura si rivela contraddittoria o nemica di quel bene o interesse, si inaugura il discorso sul cattivo uso della buona scienza, quasi uno sfortunato contrattempo cui si potrà riparare in qualche modo, comunque mai interferendo con un ulteriore avanzamento sui cammini segnati ». Segnati e scelti da quei detentori del potere il cui unico fine è quello « della competitività della produzione, della necessità del progresso tecnologico come tecnologia dello sfruttamento, dell'utilità di creare dei diversivi rispetto ad altre ricerche: quali potrebbero essere quelle appunto sui fattori che determinano le scelte scientifiche e ne fanno oggetto di incentivazione differenziale » [4].

In questo studio ed impegno Maccacaro mette in risalto le conseguenze più immediate della oggettivazione della scienza, come imposta dal potere; la divisione dei ruoli e quella del lavoro. Il che ha dato luogo, anche per merito suo, ad una salutare crisi di identità dei ricercatori e dei tecnici, che la lotta di classe ha messo di fronte a scelte decisive. « Interrogare la natura e leggerne la storia, intenderne le leggi, rappresenta ben altro che l'appagamento di una esigenza intellettuale. E' per lo scienziato scegliere se stesso, la propria collocazione nella lotta per la emancipazione dell'uomo. Una scelta che gli si è riproposta ogni giorno e che egli deve compiere oggi quando lo scontro tra la borghesia e la classe operaia segna termini ormai perentori: o col capitale o col lavoro, o contro l'uomo o con l'uomo ». E ancora: « I ricercatori e i tecnici potranno esprimere e sviluppare scelte di ricerca autenticamente valide e progressive, soltanto nella misura in cui saranno capaci di ricondurre nella lotta della classe operaia la ragione della propria battaglia politica » [4]. *Una interpretazione così puntuale dell'intreccio tra scienza e potere così come sono, non poteva che portare Maccacaro alla ricerca di una scienza e di un potere nuovi, volti al benessere e alla salute di una collettività e di un uomo nuovi.*

Tra le molte iniziative ch'egli ha portato avanti per lavorare su un argomento di questa portata, due ci riguardano in modo particolare, quella di « Sapere » e quella di « Epidemiologia e prevenzione ».

Al primo numero di quest'ultima rivista egli attendeva con altri compagni quando venne colto dalla morte. Ma già nel numero zero erano chiaramente delineati le linee di impostazione, i contenuti e i metodi, che costituiscono oggi, assieme al precedente lavoro nel campo della medicina, quasi un suo testamento spirituale, come è stato ben messo in evidenza da Severino Delogu nel suo Ricordo di Giulio Maccacaro [5].

Per quanto riguarda Sapere, ciascuno dei suoi collaboratori e dei suoi lettori sa la impostazione, i contenuti e i metodi ch'egli ha indicato per questa iniziativa. Egli si è reso garante di una ferma conduzione di una ricerca e di una lotta che permettano al proletariato di conquistare il potere e gi gestirlo « nella misura in cui si sarà appropriato anche della scienza. Che non sarà più la stessa in un comando diverso, ma una scienza rifondata. Non si tratta tanto di riappropriarsi, cioè di far si che o tutti si approprino di ciò che c'è, ma di costruire, cominciando col distruggere, delle possibilità alternative di pratica sociale nel campo della scienza. La nostra iniziativa si pone dunque come momento di analisi storica della scienza data, alla vigilia della sua messa in crisi pratica e di ricerca prospettiva sulla nuova scienza » [6].

Su questa ricerca e su questa lotta va aperto un confronto dialettico in tutta la sinistra, senza aprioristiche diffidenze, perché vengano assicurati al Movimento gli strumenti e le decisioni migliori per un produrre fondato sul sociale, per la tutela della Salute, per il raggiungimento del benessere individuale e collettivo. E' per aiutare questo confronto, anche tra i lettori di Sapere, che abbiamo raccolto in questo numero alcuni tra gli scritti significativi di Giulio Maccacaro.

La garanzia che egli offriva la dobbiamo trovare in ciascuno di noi, nel lavoro e nella lotta per quegli obiettivi che lui ci ha così chiaramente indicati.

(Un compagno
del consiglio di redazione)

[1] « Cronaca Forense » *4*, n. 1/2, gennaio-aprile 1966; *4*, n. 3, maggio-luglio 1966.
[2] « l'Astrolabio », VI, nn. 29, 30, 32 - 1968.
[3] « Sapere », n. 768, gennaio 1974.
[4] AA.VV., *La salute e il potere in Italia*, De Donato, Bari.
[5] « l'Unità », 11 marzo 1977.
[5] « Sapere », n. 797, gennaio-febbraio 1977.

Scienza e potere

Come uscire dalla crisi? Risponde Giulio Maccacaro

Rifondiamo la scienza

Nell'impero americano ...n c'è posto per i Paesi di mezzo con una scienza di ... Se non cerchiamo una nostra via saremo sempre più ... retrocessi - Il caso cinese

Genocidio, biocidio, ecocidio: questa è la guerra americana in Indocina

Gli automi dello sterminio

Un modello dell'uso della scienza e della tecnologia al servizio della barbarie imperialista - L'elettronica, la chimica, la meteorologia offrono agli aggressori gli ultimi ritrovati per un'impresa che ha per obiettivo l'annientamento dell'uomo - I piloti che vanno a seminare la morte non « vedono » e non « sentono » - « Problemi di coscienza, solo perchè premo un bottone?

Venerdì 7 luglio, ore 3,35: genocidio

Hung Yen: mille bon perforanti prima che il gallo cantas-

Gli ordigni che cadono dal cielo penetrano profondam- rifugi ed esplodono - Vengono lanciati a grappoli - ...no provocando una mortale grandinata - ...

RDV - Come si vive, si lavora, si lotta sotto i bombardamenti americani

Il DELTA «CRATERIZZATO»

...on possono coprire la realtà del massiccio e spietato intervento USA contro le dighe del Fiume ...co artificiale, costruito con un gigantesco sforzo collettivo, potrebbe far fronte agli assalti della ...ero gli squarci prodotti dalle superbombe - Le squadre di pronto intervento sempre in allarme

...la conferenza mondiale per la pace e l'indipendenza dei popoli d'Indocina che si apre a Parigi

...n raccapricciante rapporto sui metodi di sterminio impiegati dagli USA

Vietnam: le bombe dell'«anno zero»

...La più grande operazione di distruzione che sia mai stata concepita nella storia dell'uomo» - Due scienziati americani riferiscono sui bombardamenti «a saturazione» nelle zone di «tiro libero», l'uso degli «aratri romani» per spianare la giungla e di un ordigno spaventoso che è inferiore solo alla bomba atomica - Al posto degli alberi venti milioni ...crateri - «Un gioco infernale e irreparabile» contro un intero Paese

E' stato presentato alla stampa ad Hanoi

Libro bianco sul genocidio USA

83.076 bombe e 44.508 ordigni a biglia anti-uomo dall'inizio di aprile al 15 luglio sulla RDV - Sistematici bombardamenti delle dighe, gas su zone densamente popolate, devastati quartieri, villaggi, città, scuole, ospedali, chiese, pagode - Appello al mondo perchè fermi la mano degli aggressori

Multinazionale scientifica e impresa multinazionale

Intervento alla Tavola Rotonda sul tema « Scienza e potere », Anno Culturale Chianciano 1973

Nel novembre 1973 si tenne a Chian- ciano un convegno sul tema « Scienz e potere », il terzo del ciclo di con vegni — preceduto da « Giustizia potere » e « Democrazia e informazio ne » — che avevano sostituito, nell manifestazione culturale annuale pro mossa dall'Amministrazione di Chian ciano, il tradizionale premio letterario Invitato a presentare una delle quat tro relazioni iniziali, Maccacaro intro duce subito il tema che sarà, nel corso del convegno, uno dei punti di riferi mento di tutto il dibattito: il rappor to fra questa *scienza — quella con cretamente fatta oggi dalla comunità scientifica — e* questo *potere, quello esercitato concretamente oggi dal ca pitale. Rapporto che si manifesta visi bilmente — questo è il primo degli incisivi contributi di Maccacaro alla discussione — nella « coestensività della multinazionale scientifica e della impresa multinazionale ». E spiega poi che tale coestensività riflette essenzial mente « la capacità della scienza ad organizzare la razionalità e a raziona-*

In un primo momento, contemplando l'invito che mi è stato gentilmente rivolto, ho pensato che il contributo che avrei preferito dare a questa tavola rotonda sarebbe stato un accento che ne trasformasse il tema da « Scienza e Potere » in « Scienza è Potere ». Dopo di che avrei avuto la gradevole sensazione di aver già detto tutto, con ragionevole brevità.

Ma mi sono subito accorto che non sarebbe stato vero perché certamente non è stato sempre vero che la scienza è potere e che il potere è scientifico così come forse non è vero che esiste *una* cosa che si chiama « La Scienza » ed *una* altra cosa che si chiama « Il Potere ».

Allora può darsi che non sia molto importante fare dei discorsi generali su un tema cosiffatto o che il farli sia già un saggio di scienza del potere della scienza. Onde io mi limiterò a dire qualcosa su *questa* scienza e su *questo* potere e sul come, a mio vedere, l'una cosa sia il doppio dell'altra. Convinto, come sono, che — se il potere è potenza esercitata da un soggetto e la scienza è ragione trasformativa dell'oggetto — non è possibile parlarne seriamente senza identificare quel soggetto e questo oggetto posti transitativamente in tale relazione da quella scienza che è, appunto, potere. E persuaso, come sono che « *non è più possibile separare l'oggetto del nostro atto di conoscenza dalle ragioni di questo atto, distinguere il momento dell'indagine della realtà dal momento di formazione di questa realtà, isolare il processo di soluzione di problemi senza individuare il meccanismo che propone i problemi da risolvere* » [1], compreso quello che sta su questa tavola rotonda.

E' dunque, per non continuare a parlare di « questa tavola », « questa scienza » e « questo potere » in termini vaghi, dirò che a mio avviso il discorso si fa concreto se, forse con poco riguardo per i massimi sistemi, si concentra sui condizionamenti esercitati da un potere, quello borghese, sullo sviluppo di una scienza, quella moderna, e reciprocamente dalla scienza sull'esercizio del potere all'interno del comando capitalistico, ed in particolare « qui ed ora ». A questo punto sarei tentato di riferirmi in particolare al dominio scientifico in cui opero, la medicina, se non lo avessi già fatto altre volte in modo abbastanza esplicito, se non sembrasse una troppo comoda scelta del campo su cui giocare i miei pochi argomenti e se non credessi più utile, ai fini del dibattito di stasera e dei prossimi giorni, esporre i miei dubbi che proporre le mie certezze.

C'entra un po' anche il caso che — nelle fattezze ormai sfingee del nostro servizio postale — mi ha recapitato insieme il programma di queste giornate su « Scienza e Potere » ed una rivista francese contenente un lungo servizio sulle imprese multinazionali dal titolo *Il potere sono loro* [2]. Si tratta di un'intervista con Levinson, economista canadese, segretario generale della Federazione Internazionale dei Sindacati Chimici, autore di alcuni libri notevoli [3]. La lettura di Levinson, nei testi e nella intervista, mi ha impressionato quasi come — esattamente venti anni fà — la breve lettera che Jimmy Watson e Francis Crick avevano scritto a *Nature* sulla doppia elica [4].

Il che per me, biologo di formazione, non è dir poco. Ed è questo poco che vorrei dire, ora, brevissimamente.

Mi ha impressionato non soltanto la dimensione della tela (entro una decina d'anni, 80% di tutta la industria del mondo capitalista o ad esso integrato sarà controllata da 300 imprese multinazionali; già oggi non più che una cinquantina controllano interi settori chiave: 7 il petrolio, 5 la petrolchimica, 10 l'elettronica, 8 gli pneumatici, 5 il vetro, 9 la carta) ma la qualità del suo tessuto fatto veramente di trama e di ordito: le Rolleiflex sono montate a Singapore così come i microcircuiti Siemens; Afga Gevaert fa fabbricare i suoi apparecchi in Giappone, i mobili

lizzare l'organizzazione del potere che, essendo borghese e capitalistico, imprime questi connotati sulla scienza stessa almeno nel senso che alla sua egemonia politica occorre e consegue l'egemonia del modello scientifico che è suo ». Questa impostazione solleva, come facilmente si può immaginare, le obbiezioni di chi si richiama a una concezione della scienza come valore assoluto e dello scienziato come protagonista sostanzialmente autonomo del suo sviluppo. Gli viene infatti riproposta la tradizionale tesi secondo la quale la strumentalizzazione della scienza da parte delle multinazionali non impedisce al singolo scienziato di rifiutarsi dal farsi inglobare nel sistema capitalistico, impegnandosi in un recupero culturale della scienza che vada aldilà e al disopra del suo « fall-out » tecnologico e del suo « fall-aut » di appoggio al potere.

La replica di Maccacaro, con la consueta sinteticità, ribadisce il nodo della questione e lo si può leggere nell'ultima parte dell'intervento.

Il secondo contributo di grande acutezza, che Maccacaro offre al dibattito, sta nella formulazione di un suggestivo spunto, da lui stesso ripreso più diffusamente in successive occasioni in risposta alla domanda: « Poteva la scienza moderna essere altra da quella che è? », domanda che spesso viene retoricamente formulata da chi ritiene che ad essa si debba rispondere in modo negativo. « La domanda — egli dice — è molto difficile come tutte quelle che propongono l'eventualità del diverso per ciò che è già stato. Io mi chiedo se la fisica stessa sarebbe oggi diversa ove avesse accolto da altre scienze quel metodo che a tutte ha dettato. Non lo so, ma inclino a crederlo. Il che non significa niente: ma se penso a domini scientifici, come quelli biomedici, con i quali ho più dimestichezza, mi sento un po' meno incerto nel riconoscere la sequenza di almeno tre grandi fasi del loro sviluppo che hanno addirittura riscontro nell'ordinamento dei nostri studi: una prima cui penso potrebbe chiamarsi ' fisicalizzazione della biologia ', un'altra ' biologizzazione della medicina ', una terza ' medicalizzazione delle scienze umane ' ». Va sottolineato, a questo proposito, come l'importanza di questo spunto non sia certo limitata a livello teorico: basta pensare allo stretto rapporto che lo lega a quella proposta di ristrutturazione della facoltà di medicina che già era stata elaborata da lui qualche anno prima. Un ultimo accenno, infine, va fatto a proposito della partecipazione di Maccacaro al convegno di Chianciano. Non è infatti pura cronaca, ma ricostruzione dello stretto legame che era sempre presente in lui tra enunciazioni teoriche e azione pratica, ricordare che proprio a Chianciano egli definì, in una serie di contatti con vari compagni, il suo progetto di nuova gestione di « Sapere », che doveva iniziare pochi mesi dopo. E forse non è un caso che l'asse della nuova rivista venisse proprio individuato nel tema centrale dei rapporti tra scienza e potere.

Marcello Cini

---

svedesi sono fatti in Polonia; le parti delicate e sabotabili delle macchine Renault sono prodotte in Yugoslavia e Romania etc. Oppure: Dunlop che è associato con Pirelli produce in vari paesi per conto di Goodyear; una fabbrica irlandese che produce pneumatici radiali per conto di una fabbrica americana è la proprietaria della Semperit austriaca che è controllata dalla ditta franco-belga Kleber Colombes che è controllata a sua volta dalla francese Michelin che ha sede a Basilea ed è associata con la Dunlop.

Così accade che il capitale americano produca oggi all'estero sei volte più di quello che esporta perché così ottiene: 1) mano d'opera a basso prezzo e sottomessa; 2) esportazione dell'inquinamento; 3) evasione fiscale mediante il gioco della dislocazione di filiali in paesi diversi. E accadrà, entro 20 anni, che gli USA fabbricheranno all'estero *tutti* i loro prodotti manufattieri tenendo sul loro territorio solo attività tecnico-scientifiche e terziarie.

Il terzo mondo è, naturalmente ma non esclusivamente, il mercato vergine delle multinazionali che vi investono sempre soltanto una frazione dei capitali che rimpatriano: comunque il reinvestimento è calcolato come funzione inversa del *rischio politico*: ne è esempio scolastico quanto è accaduto in Cile dove le multinazionali hanno cominciato a ritirare gli investimenti sul finire degli anni '60 per trasferirli verso il Canada, l'Australia e alcuni paesi europei. Questi ultimi hanno, d'altra parte, poche *chances* di costituire un'impresa multinazionale competitiva con quella americana: infatti l'integrazione europea procede molto più lentamente della integrazione industriale euroamericana.

Del resto al capitale cisatlantico interessa sempre meno la nazionalità e l'europeità.

Nella logica delle multinazionali non c'è nemmeno bisogno di un governo mondiale: la mondialità, la ecclesia sono loro. Basta che le diverse nazionalità politiche diano di volta in volta i bracci secolari: i soldati francesi in Nuova Caledonia come quelli portoghesi in Angola sono al servizio di ben altri che il capitalista di Parigi e di Lisbona. Così, dal quadro dipinto con straordinaria ricchezza di informazioni da Levinson (ma non da lui solo), appare giustificata la sostanza di queste parole un pò enfatiche: « *Il potere, sono loro. Il danaro, sono loro. La guerra e la pace, sono ancora loro. Così come il benessere e la miseria degli uomini. Più potenti di quanto mai furono re, imperatori o capi di governo... tre volte più ricche di tutte le banche centrali dei paesi industriali... sono rivali solo in apparenza ed hanno ridotto ad un gioco anche la rivalità Usa - Europa - Urss... Dominando da sole l'economia mondiale, e controllando interamente lo sviluppo scientifico e tecnologico, organizzano lo sfruttamento su scala mondiale, portano e spostano le loro fabbriche come pezzi su una scacchiera, e svuotano di ogni sostanza l'autonomia degli Stati - nazioni e la politica dei governi...* ».

Ora devo dire che tutte queste cose — forse già molto note ai presenti ma pochissimo negli ambienti in cui vivo e lavoro — non sono quelle che mi hanno impressionato di più. Le cose sulle quali mi sono trovato più lungamente a riflettere sono altre che, per brevità, cercherò di riassumere in quattro domande ed altrettante risposte:

1) Alla domanda « Qual'è la caratteristica distintiva e comune delle multinazionali oltre a quelle imprenditoriali? » la risposta è: « Essere imprese del tipo detto « ad altro contenuto scientifico ».

2) Alla domanda « Cosa esporta la multinazionale? » la risposta è: « Sempre meno prodotti e più capitali. Ma inoltre *managers, know how,* tecnica e scienza ».

3) Alla domanda « Come pagherà domani quando non esporterà più niente perché produrrà solo altrove? » la risposta è: « Pagherà con i profitti delle sue fabbriche

all'estero ed esporterà *managers, know how*, tecnica e scienza ».

4) Alla domanda « Quali sono i confini di attività e di autorità delle multinazionali? » la risposta è: « Non corrispondono né ai micro né ai macro-confini politici: cioè non a quelli di nazione ma nemmeno a quelli di regime. Corrispondono ai confini di attività e di autorità del modello scientifico occidentale ».

Su questo quarto punto, potrei aggiungere dati e formulare commenti che non riferisco per brevità e perché non ho alcun interesse a suscitare polemiche che ci distrarrebbero dal nostro tema che mi sta così a cuore.

Mi limiterò a tradurre due righe dell'intervista di Levinson per quanto riguarda il *potere*: « *Cosa sono questi miliardi di dollari che vengono oggi investiti da centinaia di imprese multinazionali americane in Urss e negli altri paesi comunisti? Nient'altro che il plus-valore accumulato mediante lo sfruttamento dei lavoratori nei paesi capitalisti e neocoloniali. Cosa accadrà se faremo uno sciopero internazionale? Quali saranno i nuovi confini dell'internazionalismo proletario?* E due righe per quanto riguarda la *scienza*: « *Le élites dei due campi hanno ora la stessa cultura, la stessa scienza, quella pressapoco della Harvard Business School i cui docenti tengono ora dei corsi a Mosca* ».

Ed è giusto che sia così perché — ora cito dai *Proceeding of the national Academy of Sciences* [5] — quando all'apertura dello scorso anno di attività della Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti d'America furono invitati, come ospiti di onore, per la prima volta, dei rappresentanti dell'Accademia delle Scienze dell'Unione Sovietica — l'accademico Mstislav Keldysh lesse un discorso da cui cito quanto segue:

« *Di anno in anno lo sviluppo economico e sociale delle nostre società, in tutti i sensi, si basa sempre più sulle conquiste della Scienza... La Scienza è per sua natura internazionale perché studia categorie che si applicano non solo oltre i confini del pianeta. La scienza è anche più internazionale dell'arte che ha alcune caratteristiche nazionali da diversi punti di vista... La nostra collaborazione scientifica può permettere agli scienziati dei nostri due paesi di sviluppare la scienza più rapidamente. Voglio dire che la coordinazione degli sforzi è più efficace della semplice divisione del lavoro... La partecipazione personale degli scienziati nell'impegno internazionale per la pace è soltanto uno dei fattori importanti.*

Ora è diventato evidente che un altro potente fattore di pace è il consolidamento delle forze degli scienziati per l'avanzamento della scienza... Noi faremo del nostro meglio per sviluppare la collaborazione tra noi e voi sui problemi più urgenti della scienza contemporanea come gli ultimi sviluppi delle matematiche, dell'informatica, della fisica dello stato solido, dell'elettronica quantistica, della biologia molecolare... ».

Così l'accademico Keldysh. E così ho finito le citazioni. Ora, se non fossero manifeste o se potessero essere malintese le mie intenzioni nel proporre questa tematica per la discussione, le preciso con tutta la chiarezza di cui sono capace.

1) Mi ero chiesto quale fosse la forma più attuale, evoluta ed evolvente del « potere » e mi sembra di aver trovato, sulla base di citate testimonianze, che si tratta della potenza economica esercitata da un soggetto individuato nell'impresa multinazionale.

2) Mi ero chiesto quale fosse il rapporto tra questo « potere » e le forme più attuali, evolute ed evolventi della « scienza » moderna vista negli oggetti della sua capacità trasformativa (indicati dall'accademico Keldysh come: chimica, fisica, elettronica, informatica, ricerca operativa, biologia molecolare etc.) e poi quale fosse il rapporto tra questa scienza e l'ideologia che definisce regimi politici alternativi: ebbene, mi sembra di aver trovato, sulla fede di altre citate testimonianze, che « la scienza » è ortogonale alla ideologia e collineare al potere. Io credo che possiamo mettere l'accento sul titolo del nostro convegno. Ma questa non è una conclusione e, forse, nemmeno una constatazione: forse è soltanto una ricognizione di apparenze. Tuttavia, mi sembra così interna al nostro tema che io vorrei chiedere agli amici di aiutarmi a capirla perché forse, può dire qualcosa anche ad altri se questo qualcosa è detto come pensato e pensato ad occhi aperti, sulle cose che ci stanno davanti.

Davanti a me sta questa immagine. Alla vigilia della più grande crisi di capitali, il potere sin qui egemone — cioè il capitalismo americano con i suoi satelliti nazionali — tenta un recupero, forse non estremo ma certamente formidabile, sviluppando la « multinazionalità dell'impresa » che in ultima analisi è il sistema più potente sin qui escogitato per aspirare capitali su scala planetaria. Pertanto i capitalisti di tutto il mondo devono unirsi prima che si uniscano i proletari di tutto il mondo. Certamente devono farlo prima: esattamente nel tempo in cui i paesi che stanno percorrendo il cammino dalla rivoluzione proletaria alla realizzazione del socialismo passano attraverso una fase di vero e proprio « capitalismo di stato ». E' la fase di congiunzione economica di due corpi gravitanti su orbite politiche diverse. E' il momento in cui il potere capitalistico deve cercare di chiudere in un abbraccio letale il suo antagonista storico, perché è il momento in cui i due sistemi conoscono problemi analoghi, affrontano scelte confrontabili. Il crescente investimento nella tecnologia, cioè nella scienza, è di gran lunga la spinta comune più forte, anche se i dispositivi di controllo e di distribuzione sono diversi. In ambedue i sistemi il culto della tecnologia e dell'investimento è endemico ed il linguaggio che lo celebra è lo stesso: è il linguaggio della scienza che canta il *Magnificat* della sua unità fondamentale, della sua multi-, o meta- o sovra-o inter-nazionalità, del suo intrinseco progressismo. Allora, questa è l'immagine che ho davanti. Se è vera o verosimile, oppure se è distorta ed incompleta o se è addirittura un fotomontaggio, nato dall'involontario accostamento di parti vere in relazione sbagliate, vorrei chiederlo a voi.

Naturalmente, dire — come ho cercato, rinunciando deliberatamente alla speculazione per restare nella più attuale delle concretezze — che « Scienza *è* Potere » non vuole dire credere di aver fatto una scoperta o espresso un giudizio. Infatti la stessa cosa, in prospettiva storica, potrei dirla della religione ed anche in questo caso non mi verrebbe in mente di aver fatto una scoperta o di aver dato un giudizio.

Vuol dire cogliere un rapporto sì « analettico » ma anche « dialettico » tra i due termini: come la scienza condiziona il potere e come il potere condiziona la scienza e poi anche come avvenga la conversione della scienza in potere e quella del potere in scienza e come sia che possa esistere, o non possa, un potere senza scienza e una scienza senza potere.

Probabilmente l'effetto maggiore che la scienza ha sulla delegazione del potere (la struttura essendo definita dai rapporti di produzione) è nel senso della sua evoluzione

tecnocratica: un grosso problema che andrebbe riesaminato attentamente all'interno di definiti quadri politici e non di generici sociologismi. Potremmo forse arrivare a capire che tale evoluzione tecnocratica della delegazione del potere non si corregge distruggendo la tecnica ma distruggendo la delega.

Il che, come è giusto, ribalta il problema nel suo contrario cioè nel problema dell'effetto che il potere ha sulla scienza: che è di farne un pensiero separato, incapace di pensare insieme la società e la natura [6].

E da qui potremmo forse arrivare a capire che per evitare ciò che più ci minaccia — cioè che l'asintoto della scienza pura diventi il puro potere — non dobbiamo distruggere la scienza ma cambiarne l'appropriazione, il che potrebbe anche mutarne e moltiplicarne la determinazione.

Questo discorso, me ne rendo conto, è molto proiettivo e contiene una quantità di temi cui occorrerebbe ben altro sviluppo. ma forse, qui ed ora, interessa di più chiedersi come si è arrivati alla coestensività della multinazionale scientifica e dell'impresa multinazionale, cioè a quel rapporto di cui ho appena detto tra scienza e potere.

Il quale, come tutti sanno, nasce dall'appropriazione privata dei frutti del lavoro sociale, cioè dalla contraddizione tra capitale e lavoro, cioè anche dalla divisione tra lavoro intellettuale e lavoro manuale.

Così, fin dall'inizio, la polarità di potere fu una polarità di sapere e la distribuzione della scienza confermò quella del privilegio. Anzi la venne amplificando, come si vede chiaramente in termini cibernetici se si pensa al corpo sociale quale effettore in tensione per un *feed-back* positivo tra il « fattore-potere » e l'« effetto-sapere » così che ad ogni aumento di dislivello di questo corrisponde una variazione congrua dell'altro, ovviamente nel senso di un'ulteriore polarizzazione. A tal proposito mi sembra che l'insegnamento marxiano [7] — secondo cui ad ogni accumulazione di capitale corrisponde un'accumulazione di miseria, anche se i salari crescono — possa correttamente essere appreso anche nel senso che, in una società ove il modo di produzione è capitalistico, ad ogni accumulazione di scienza corrisponde un'accumulazione di ignoranza anche se l'istruzione cresce: intendendo per « ignoranza » la quota di partecipazione negata, per la classe subalterna, alla scienza della classe dominante. Voglio dire, in altre parole, che — ad onta di qualsiasi divulgazione di massa, qualsiasi cosiddetta educazione popolare: anzi, per loro mezzo, finché queste restano nella gestione della scienza borghese — la classe del lavoro diventa sempre più povera di « propria » scienza — convertibile in « proprio » potere — rispetto alla classe del capitale, nello stesso modo in cui diventa sempre più povero di scienza propria il paese dominato rispetto a quello dominatore, il mondo del *subdesarrollo* rispetto a quello dell'imperialismo, come hanno ben capito e spiegato alcuni studiosi della sinistra sudamericana, per esempio quelli che contribuiscono a *Ciencia Nueva.*

Ed allora, nel *feed-back* cui accennavo, di che tipo è la retroazione della scienza sul potere?

E' stato detto che ogni morale è la legittimazione di un potere: è sufficiente dire la stessa cosa della scienza? E basta aggiungere che « da quando esiste la società delle classi, si è sempre collocata in cielo la sorgente irreale del potere separato. Quando lo Stato si giustificava religiosamente, il cielo era incluso nel tempo della religione. Da quando lo Stato vuole giustificarsi scientificamente il cielo è incluso nello spazio della scienza. Tra Galileo e Werner Von Braun è soltanto questione di ideologia dello Stato » [8]? Non mi pare.

Mi pare, invece, che la scienza abbia dato al potere ben più che una fisica supplenza della legittimazione metafisica. Mi pare che la retroazione tra i due termini di cui dicevo — il fattore-potere e l'effetto-scienza — abbia anche un'altra e forse maggiore componente: la capacità del la scienza ad organizzare la razionalità e a razionalizzare l'organizzazione del potere che, essendo borghese e capitalistico, imprime questi connotati sulla scienza stessa almeno nel senso che alla sua egemonia politica occorre e consegue l'egemonia del modello scientifico che è suo.

Così si crea una singolare situazione, partecipante a un tempo di elementi darwiniani e di altri lamarkiani, che realizza la coerenza, a *un'unica necessità senza caso*, della mutazione scientifica e della selezione politica, onde emerge la candidatura incontrastata della scienza del potere ad assumere il ruolo di scienza *tout-court.* Da quel momento, quella è *la* scienza e far scienza vuol dire far *quella.*

Una a livello sociale perché la scienza del lavoratore non avrà altro modello che quella del padrone; una a livello planetario perché quella del paese sottosviluppato avrà come unico modello la scienza del paese imperialista [9].

Allora questo paese può ben dire all'altro ed effettivamente dice, come dice la classe dominante a quella subalterna: se vuoi la scienza io te la darò, io ti farò dono dei suoi strumenti, ti presterò i miei docenti, riceverò i tuoi studenti. Io ti darò la tua scienza quotidiana ma tu non desidererai la scienza d'altri perché questa è *la* scienza, non avrai altra scienza all'infuori della mia, onorerai la scienza ed il potere.

In questo modo, ogni consapevolezza del sottosviluppo di un paese e della subordinazione di una classe viene interiorizzata dagli stessi come differenza rispetto ad un modello: il riscatto sarà immaginato come accelerazione della rincorsa, su un percorso ben definito, per il recupero di una distanza dal modello che a un certo punto verrà chiamata *gap* aggettivandola come tecnologia e scientifica. L'egemonia del modello scientifico-tecnologico avrà così realizzato il suo compito — di convertire continuamente la volontà di liberazione in conferma di subordinazione — semplicemente affermando la propria unicità, storicamente determinata ma apparentemente assoluta.

Poteva, dunque, la scienza moderna essere altra da quella che è? La domanda è molto difficile come tutte quelle che propongono l'eventualità del diverso per ciò che è già stato. Ma non è senza senso quale tema di ricerca, che richiederebbe un'attenta paleontologia delle scienze e delle tecniche per rintracciare le alternative di una evoluzione che non potè provarle.

Non ebbe occasione di prova, per esempio, il primato delle scienze sociali su quelle naturali perché a queste la scelta borghese riservò lungamente ogni privilegio, soprattutto quello della scientificità, in funzione della loro capacità trasformativa della materia, oggettivante della natura, subordinata dell'uomo, per le necessità del capitale.

Io mi chiedo se la fisica stessa sarebbe oggi diversa ove avesse accolto da altre scienze quel metodo che a tutte ha dettato. Non lo so, ma inclino a crederlo. Il che non significa niente: ma se penso a domini scientifici, come quelli biomedici, con i quali ho più dimestichezza, mi sento un pò meno incerto nel riconoscere la sequenza di almeno tre grandi fasi del loro sviluppo che hanno addirittura riscontro nell'ordinamento dei nostri studi: una prima cui penso potrebbe chiamarsi « fisicalizzazione della biolo-

gia », un'altra « biologizzazione della medicina », una terza « medicalizzazione delle scienze umane ».
Ora è possibile attribuire a questi momenti date, nomi, luoghi: voglio dire che si può ben coglierli e documentarli nella storia della biologia, della medicina e della sociologia. E si può ben documentare che rappresentano altrettante scelte all'interno di alternative delle quali non conosciamo lo sviluppo perché semplicemente non ne ebbero. Ma questo non significa che non potessero averne anche se, oggi, siamo indotti, anzi invitati a crederlo.
Tutto quello che possiamo dire è che *altre* scelte non furono fatte o furono negate: non sappiamo dove ci avrebbero portato. Sappiamo solo di essere qui, a questo punto, con questa scienza, che è di questo potere perché è il risultato delle sue scelte. Il potere del capitale l'ha creata e cresciuta per affermare la sua pretesa di soggettivare se stesso oggettivando il lavoro, di imporre il suo discorso espropriandone l'uomo.

Certamente, come dice Foucault [10], ciò per cui ci si batte è, in ultima analisi, il diritto di discorso, che è affermazione di soggettività. Ed è proprio affermando la unicità della sua scienza e la scientificità del suo discorso che il potere borghese ha cercato di imporre il suo comando, negare l'altrui diritto. Allora — ed è l'unica proposta che mi sembra di poter formulare qui — il compito dello scienziato che vuole riscattarsi da quel comando e battersi per quel diritto è proprio questo: scoprire a sé e agli altri la determinazione della sua *non* unica scienza, restituire a chi ne fu escluso la possibilità della sua rifondazione.
Ho compressa e troncata l'ultima parte del mio precedente intervento quando mi sono accorto di aver superato i limiti di tempo convenuti.

Non me ne rammarico, ora, dopo aver ascoltato Quazza, perché nell'ultima parte del suo discorso è espresso anche il mio pensiero, molto meglio in quanto io non sarei riuscito a fare. la sua domanda di un nuovo collegamento dello scienziato con le sorgenti della volontà politica di base corrisponde — con maggior chiarezza — a ciò che io intendevo dire parlando di restituzione della soggettività. Vorrei solo aggiungere — credendo, così, di rispondere anche a Toraldo — che altre volte mi sono trovato a riflettere che la classe operaia è sempre stata molto *pensata* mentre poi — soprattutto dagli anni '60 — l'abbiamo scoperta come molto *pensante*. Cosa di cui non è facile sopravvalutare l'importanza e la ricchezza di implicazioni. Una, tra queste molte implicazioni, potrebbe essere che il ruolo dell'intellettuale scientifico che abbia fatto una scelta di classe — mi riferisco ad un'altra domanda di Toraldo — non è quello di porsi come *il* pensiero ma *nel* pensiero della classe operaia: cioè inserirsi nell'esperienza della classe per condividerne la lotta di recupero della sua soggettività, per assecondare l'espansione e l'espressione di una ragione scientifica lungamente negata.

Ciò supera, ove sia, anche il dilemma — impostoci ma falso — cui alludeva Toraldo: o integrarsi per poter far scienza o rinunciare a far scienza per poter far politica. E' un problema acutamente sentito anche dai giovani cui viene suggerita, come soluzione altrettanto falsa, la pratica schizofrenica dello « studio di giorno e di sera agito le masse ». Falsa e deteriore perché sostanzialmente improduttiva sia sul piano dell'attività scientifica sia su quello dell'attività politica. « Il compito dello scienziato rivoluzionario è studiare seriamente, usando tutte le armi della scienza, i problemi del cambio del sistema sociale ». Queste sono parole di Oscar Varsawsky, il collega amico sudamericano che avevo prima citato ed io le condivido senza riserve. Quindi io, ci tengo a sottolinearlo, non penso a nessun luddismo scientifico né ad altra forma di abbandono della scienza. Ho detto prima: distruggiamo la delega per salvare la tecnica, salviamo la scienza cambiandone l'appropriazione. In altre parole non credo che lo scienziato possa risolvere da solo il suo problema, quale che sia la sua scelta di campo politico. Né lo ha mai risolto da solo, anche se ne è stata coltivata in lui l'illusione. Il suo problema si risolve soltanto se diventa problema della classe, se si pone nel pensiero della classe e concorre alla liberazione di questo pensiero.
Ne verrà una nuova scienza? Qual è allora il progetto della scienza nuova? Ritengo impossibile la risposta ed impropria la domanda. Vorrei spiegarmi con una analogia: il prigioniero che è nato tale, cioè il più vero dei prigionieri, non può progettare la libertà, può progettare e realizzare la fuga. Sarebbe mostruoso chiedergli il suo progetto di libertà come condizione per concedergli il nostro aiuto alla fuga. Finché è nella prigione egli lavora per uscirne: poi lavorerà per vivere libero e sarà libero se continuerà a lavorare per questo, cioè per potersi scegliere. Così la classe operaia, come classe storicamente prigioniera, si batte per uscire dal carcere in cui l'ha costretta il capitale. Il suo piano attuale di libertà è ancora una testa d'ariete per abbattere le mura del carcere.
E' ancora un piano formulato all'interno del carcere. Impegnarla a quello vorrebbe dire ridurla prigioniera un'altra volta. E' già accaduto. La liberazione dell'uomo non è un progetto, è un processo. Per la rivoluzione non c'è il « giorno dopo » oppure è quello del suo funerale.
Noi dobbiamo operare perché sia possibile la nascita di una nuova scienza, la scienza di un altro potere: ma non possiamo predeterminarla senza impedirla.
Per finire su tutt'altro registro e per non dimenticare il riferimento a me rivolto da Bisogno devo dire che io ignoravo l'esistenza di un documento del CNR sulle multinazionali, pubblicato nel 1965. Oltre che grato per la segnalazione sono molto ammirato per l'antiveggenza, tanto lucida quanto insospettata, del nostro maggiore « organo » scientifico: è straordinario che messaggi di tanta importanza restino assolutamente ignorati o dimenticati, negli anni.

NOTE

[1] Cini M., *Mito e realtà della scienza come fonte di benessere*, in AA.VV., *La scienza nella società capitalista*, De Donato, Bari 1971.

[2] *Le Pouvoir c'est elles...*, un'intervista di Michel Bousquet con Charles Levinson, 15 ottobre 1973, pp. 70-101.

[3] In italiano: C. Levinson, *Capitale, inflazione e imprese multinazionali*, Etas Kompass, Milano 1973.

[4] Watson J.D. e Crick F.H., *Genetic implications of the structure of deoxyribonucleic acid*, « Nature », London, 171, 964, 1953.

[5] Keldysh M.V., *Text of a talk given at the Fall Meeting of the Academy*, « Proc. Nat. Acad. Sci. USA », vol. 70, n. 3, p. 637, 1973.

[6] cfr. Roqueplo P., *Otto tesi sul significato della scienza*, in A. Jaubert e Levy-Leblond J.M., *Autocritica della scienza*, Feltrinelli, Milano 1976.

[7] Marx K., *Il Capitale*, Libro primo, Settima sezione, Cap. XXIII, Editori Riuniti, Roma 1970.

[8] Rothe E., *La conquista dello spazio nell'epoca del potere*, in Jaubert A. e Levy-Leblond J.M., *Autocritica della scienza*, cit.

[9] Varsawsky O., *Scienza, politica e scientismo*, Feltrinelli, Milano 1975.

[10] Foucault M., *L'ordine del discorso*, Einaudi, Torino 1972.

Prefazione all'edizione italiana

Vietnam: 25 anni di medicina al servizio del popolo

Traduzione del n. 25 di «Etudes Vietnamiennes» pubblicato a cura del Comitato Vietnam di Milano

E' stato un merito inconfondibile e incontestabile del Vietnam se il movimento antimperialista nel mondo non si è limitato all'assistenza materiale e alla solidarietà attiva con la guerra di popolo contro l'aggressione americana, alla testimonianza morale, ad esigere che le scoperte scientifiche non siano più usate a fini di distruzione e di morte, ma ha saputo individuare i nessi esistenti tra lotta antimperialista e contestazione della concezione del mondo propria della borghesia capitalistica, fino a identificare i legami tra il modo di fare scienza e la società in cui essa si sviluppa e rivendicare una scienza non separata dalle altre attività umane e sociali.
A questa presa di coscienza collettiva, e all'impegno militante che ne è conseguito, insieme a quello di migliaia di scienzati e ricercatori in Italia e nel mondo, un contributo particolarmente significativo è venuto da Giulio Maccacaro, il quale aveva già portato molto avanti autonomamente la sua riflessione sul tema dell'impegno militante dello scienziato a partire dal proprio ruolo, e che quindi non poteva non considerare del tutto naturale la sua adesione al movimento antimperialista, accettandone anche le spinte più radicali ed assumendo come sola discriminante il rigore dell'impegno e della concezione del mondo.
Maccacaro sapeva che il popolo vietnamita aveva bisogno non solo di armi per combattere, ma anche di altre armi, come le medicine, l'assistenza sanitaria, la scienza: e come sempre, con umiltà e rigore, si mise a disposizione del movimento, come fece nei collettivi scienza per il Vietnam, i quali, anche dopo la vittoria, nell'immane opera di ricostruzione di una società socialista, avrebbero potuto dare un contributo non meramente solidaristico.
Significativamente coerente con questa interpretazione e con la sua straordinaria fiducia nelle capacità di riscatto dell'uomo e negli ideali del socialismo è la sua affermazione — contenuta nello scritto qui riportato — che « il Vietnam è l'inizio della speranza ».

Massimo Pinchera

Dei venticinque anni (1945-1970) cui riferisce il titolo di questo libro, quindici sono stati di guerra: dal 1945 al 1954 l'aggressione francese; dal 1964 al 1970 l'aggressione americana che infierisce tuttora con moltiplicata crudeltà.
Nella terra e nella carne dei Vietnamiti gli americani hanno compiuto scempi ed orrori senza limite né paragone: massacrando villaggi, bruciando bambini, straziando prigionieri, torturando civili. E per togliere ai superstiti anche la possibilità di sopravvivere i generali del Pentagono hanno ordinato di distruggere 500.000 ettari di foresta e 300.000 ettari di colture: hanno ordinato la fame per quasi un milione di contadini. Ogni giorno, ogni giorno come questo, con le bombe ad esplosione alta e con i *bulldozer* da 30 tonnellate, con gli erbicidi e con i defolianti, gli *yankees* inaridiscono, per il presente e per il futuro di anni, migliaia di ettari già coperti di vegetazione. Con altre bombe speciali scavano crateri di 9 metri di diametro e 4 di profondità: se ne contano ormai 26 milioni. Con altre tecniche [1] scatenano sulle terre colpite piogge e temporali: così 26 milioni di ferite diventano altrettante piaghe putride e infette perché malaria ed altri morbi possano portare altro male ed altra morte a chi non era stato ucciso dai *marines*, spento dalla carestia, annegato dalle alluvioni, travolto dai crolli, dilaniato dalle esplosioni, soffocato dai gas, roso dal fosforo, arso dal napalm.
Fame, malattie, tortura, morte e fuoco: come ad Auschwitz. « La distanza che separa il Vietnam da Auschwitz è solo quella che distingue due tappe diverse di uno stesso processo. Storicamente il Vietnam è posteriore ad Auschwitz, moralmente invece lo precede: nel Vietnam vi sono in germe tutte le componenti di Auschwitz, dal Vietnam si arriva ad Auschwitz » [2].
Ci si arriva per la strada di una « ragione senza emozioni ». Sono parole di Robert Mc Namara, tecnocrate e stratega, l'uomo che ha inventato una dottrina e mobilitato una scienza per l'aggressione al Vietnam. Ma sono anche quelle di Sigmund Rascher, medico e scienziato, che inventava atroci esperimenti per i prigionieri di Hitler. In un caso e nell'altro — nei campi di annientamento gestito con tanto metodo dai nazisti e nell'annientamento dei campi operato con tanta efficacia dagli americani — a sgomentarci di più sono proprio il rigore scientifico e l'impegno tecnologico, sono la superbia concessa al sistema delle cose per l'umiliazione estrema dell'uomo e la legittimata sopraffazione compita dal disegno razionale su ogni valore morale.
In un caso e nell'altro — ma ancor più nel bestiale attacco del maggior paese industriale precipitante su un lontano popolo contadino tutto l'urto dei suoi eserciti e dei suoi laboratori, delle sue bombe e dei suoi calcolatori, delle sue navi e delle sue università — la scienza borghese che aveva vantato la propria neutralità come virtù perché non la si riconoscesse come alibi, rivela d'essere non già matrice di libertà ma custode del carcere nel quale il capitale, fascista e imperialista, sfrutta e uccide l'uomo.
Tuttavia, se Auschwitz sembrava ed era ed è rimasto l'estremo fondo della disperazione, il disonore senza riscatto di un'epoca storica e culturale, la vera « notte e nebbia » di ciò che si era chiamato illuminismo — così da indurre Adorno ad affermare che « Tutta la cultura dopo Auschwitz... è immondizia » — il Vietnam è l'inizio della speranza.

Perché quella guerra finiva con un'altra vittoria del capitalismo e della sua scienza, mentre da questa si annunciano la vittoria del socialismo e la nascita di una scienza rivoluzionaria.

Tale è il messaggio — così alto ed emozionante — di questo libro piccolo e modesto. Che tutti lo leggano: l'operaio e lo studente, il ricercatore e l'insegnante, il medico e l'infermiere. Leggano come negli anni dal 1964 al 1969, il tifo, la poliomelite e la difterite sono state ridotte a un decimo della loro incidenza, mentre negli stessi anni si è più che decuplicato il quantitativo giornaliero di napalm sganciato sul Vietnam dall'aviazione USA.

Notino come la morbilità tubercolare è stata compressa dal 10,4‰ al 4‰ negli anni dal 1961 al 1965 e contenuta a questo livello negli anni successivi, ma non ignoriamo che gli stessi anni hanno visto la distruzione sistematica di aree coltivate pari a metà della Svizzera.

Riflettano su cosa significa aver costruito più pozzi, bagni e latrine tra il 1966 e il 1967 che in dieci anni di pace, ma non dimentichino che contemporaneamente gli americani distruggevano oltre 600 ospedali.

Meditino sullo sforzo compiuto per portare la produzione di farmaci nel 1968 ad essere pari al 250% di quella del 1964 ma ricordino che in quegli anni per il bombardamento delle industrie, delle città e delle campagne vietnamite gli USA hanno speso più che in tutta la seconda guerra mondiale, su tutti i fronti.

Stupiscano nel constatare che il popolo vietnamita ha ridotto la sua mortalità infantile a valori inferiori a quelli dell'Italia neocapitalista ma sentano quanto è meraviglioso e commovente che ciò sia accaduto in un paese sottoposto a un genocidio e a un ecocidio senza tregua.

E intendano finalmente il senso profondo di questa drammatica contraddizione tra la rabbia devastatrice dell'aggressore e la volontà edificatrice della vittima.

Cui appartiene la vittoria come a quello la sconfitta: perché ciò che il popolo vietnamita costruisce è veramente ciò che l'imperialismo vuol distruggere: una società, una scienza, una medicina espresse e guidate dalle masse popolari e rivoluzionarie.

« Applicando in campo medico la strategia della guerra di popolo, essi hanno dato prova di una devozione senza pari, hanno osato disfarsi rapidamente di pratiche e di concezioni desuete, hanno dimostrato un'iniziativa creatrice a tutti i livelli, sul piano tecnico-scientifico come su quello organizzativo. Ogni lavoratore-medico, dal professore d'Università all'infermiera di villaggio, è animato dalla stessa volontà, dallo stesso spirito. Sono uomini e donne profondamente coscienti delle loro responsabilità verso il loro paese ed il loro lavoro. Essi lavorano come combattenti, come rivoluzionari... Perché è il rivoluzionario che vince la tecnica brutale, sul campo della medicina come su tutti gli altri » [3].

Milano, 10-7-1972

NOTE

[1] Zimmerman B., Radinsky L., Rothenberg M. e Meyers B., *Science for the people*, 1971.

[2] Maldonado T., *La speranza progettuale*, Einaudi, Torino 1970.

[3] Pham Ngoc Thach, *Le service de santé de la R.D. du Vietnam face aux tâches de la guerre*, in *La Médecine Nord-Vietnamienne a l'épreuve de la Guerre*, Hanoi 1968.

La responsabilità politica del lavoro scientifico

Il dramma del dottore (Jim Shapiro di Harvard)

« Il Giorno », 21 aprile 1970

Controlliamo la data di questo breve articolo per un quotidiano: aprile 1970. E poi leggiamolo: viene spontaneo di immaginare una conclusione solo lievemente diversa, in cui l'autore, parafrasando Marx, avrebbe potuto scrivere de me fabula narratur. *L'itinerario descritto per il ventiseienne Shapiro è singolarmente simile a quello dell'allora quarantaseienne Maccacaro. Con una differenza: il diverso contesto politico e sociale, l'esistenza in Italia di un movimento di massa avevano consentito a Maccacaro di non lasciare la ricerca per la politica, ma di riuscire a non « scegliere fra il suo impegno scientifico e il suo impegno politico ». Tuttavia, se questo era rigorosamente vero per l'immediato retroterra storico (lotte operaie e studentesche del biennio 1968-'69), e per la sua capacità di rimettere in discussione valori prima considerati intangibili, come la scienza appunto, il momento in cui l'articolo veniva stilato non si presentava altrettanto promettente. Anzi, lasciando da parte gli eufemismi, il panorama complessivo si era bruscamente oscurato. Aprile 1970:* pochi *mesi dopo piazza Fontana, nel pieno di un'ondata di repressione che — chiunque colpisse direttamente — mirava per canali molteplici alla liquidazione del movimento nel suo insieme. Con voci, sospetti, poi rivelatisi esatti, di tentativi o progetti golpisti. E, ancora da venire, il governo Andreotti di centro-destra, il caso Feltrinelli, le elezioni del 1972. Come oggi, anche allora troppi paventavano un riflusso a breve termine, che a loro dire avrebbe determinato una sconfitta storica del movimento operaio nel nostro paese. Giulio Maccacaro non era fra questi: lo sa chi gli fu a fianco, lo si avverte con chiarezza dalla lettura dell'articolo. Anzi, stava allargando il proprio impegno di scienziato militante, e con esso il proprio rigore. Quello qui riportato è infatti uno degli ultimi articoli pubblicati sul « Giorno ». Attraverso altri canali, ben più funzionali al tipo di comunicazione ed agli utenti da privilegiare, avrebbe continuato il suo discorso.*

G.B. Zorzoli

Che cosa significa avere 26 anni per un ricercatore scientifico? Vuol dire — se i doni naturali e la buona sorte lo hanno favorito — dare le prime importanti prove del proprio valore, confermare a se stesso una vocazione già coltivata, tendere l'intelligenza con energie ancora intatte, sognare grandi scoperte, riconoscimenti ambitissimi, allori indeperibili. A 26 anni: Newton era per salire sulla cattedra lucasiana già tenuta da Barrow; Darwin viaggiava col *Beagle* a esplorare quel mondo naturale nel quale avrebbe letto le grandi leggi dell'evoluzione; Freud, neolaureato in medicina, si preparava all'incontro con Charcot e con Breuer; Einstein cominciava a pubblicare le prime tesi sulla relatività; Fermi aveva enunciato i principi di quella « statistica » che porta il suo nome ma non ancora compiute le scoperte che gli avrebbero meritato il premio Nobel; Francis Crick ignorava anche il nome di Jimmy Watson, un ragazzo quattordicenne con il quale undici anni dopo avrebbe descritto al mondo la doppia elica del DNA.
A 26 anni, Jim Shapiro ha deciso di abbandonare per sempre la ricerca scientifica. Credo di essere il primo a darne notizia sulla stampa italiana, ma soltanto alcuni mesi fa i giornali e le emittenti televisive di tutto il mondo hanno parlato di lui, ne hanno diffusa l'immagine, esaltato il successo. Era novembre e dalla Harvard Medical School di Boston giungeva l'annuncio più emozionante dell'anno in tema di Biologia molecolare: tre ricercatori — J. Shapiro, J. Beckwith e L. Eron — avevano realizzato quello che, or non è molto, sembrava ancora un sogno lontano: isolare allo stato puro un gene di nota funzione biologica. Si trattava del « *lac operon* » di una cellula batterica: il gene, costituito da due eliche di DNA non più lunghe di un millesimo di millimetro, contenente tutte le informazioni necessarie per costruire un enzima che dà alla cellula la possibilità di utilizzare il lattosio per il suo metabolismo. Come Shapiro e suoi colleghi siano riusciti a tanto, non è qui il caso di illustrare, né sarebbe facile in poche righe: basti dire che l'eleganza dei loro metodi e l'ingegnosità delle loro tecniche suscitarono incondizionata ammirazione in tutto il mondo scientifico.

E se tutti facessero come lui?

Per la prima volta l'uomo teneva nella sua mano, in molte copie, un messaggio genetico di intelligibile significato: avrebbe potuto decifrarlo, simbolo dopo simbolo; romperlo e ricomporlo; distruggerlo e modificarlo; resituirlo alla sua sede originaria così mutato da mutare il destino stesso di una cellula o di un organismo: un batterio, una pianta, un animale. Un uomo?
Furono gli stessi ricercatori di Harvard ad ammonire — fatto ben insolito — sulle possibili implicazioni, minacciose anche se remote, della loro scoperta così da dichiararsene più preoccupati che soddisfatti. Uno di loro, come ho detto, ha sofferto tanto intensamente tale preoccupazione — espressa da lui in termini di « responsabilità politica del lavoro scientifico » — da portarla alle estreme conseguenze: lasciare la ricerca ad un'età e all'indomani di un successo che gli avevano aperto la strada verso i più ambiziosi traguardi. Una decisione drammatica sulla quale ogni ricercatore dovrebbe almeno riflettere. Anzitutto per chiedersi che cosa accadrebbe se tutti i ricercatori del mondo si comportassero come Jim Shapiro. La domanda è già stata posta negli anni scorsi pur con diversa formulazione: « Quanto perderebbe l'umanità se la ricerca scientifica fosse sospesa per il prossimo decennio? ». Cattiva formulazione perché prevede tante risposte quante sono le ipotesi su un inscrutabile futuro forse colmo di frutti come una cornucopia o di sventure come un vaso di pandora. Potrebbe essere più sensato riproporla così: « Quanto avrebbe perso l'umanità se la ricerca riprendesse oggi dopo essere stata sospesa nell'ultimo decennio? ». La mia risposta è « Moltis-

simo » sul piano del progresso scientifico-tecnologico e « Pochissimo » sul piano del benessere umano.

Rapporti fra scienza e potere

Sono le lame di questa forbice che hanno reciso lo stelo della vocazione scientifica di Jim Shapiro. E' tra i poli di questa contraddizione che lampeggia il timore di una scienza non devota ma aliena o addirittura ostile agli uomini. Ed è lo spettro di questo anticipato rimorso che turba la coscienza di alcuni, non molti uomini di scienza. Ne dà testimonianza, ad esempio, la recente nascita della già molto nota BSSRS (Società Britannica per la Responsabilità Sociale della Scienza). Una seconda domanda che si pone a chi riflette sul caso del tanto giovane quanto celebre collega di Harvard è: « Per quale attività egli ha optato lasciando la ricerca? ». La risposta: « Politica » l'ha data egli stesso senza esitazione e senza dissimulazione del suo non intendere il termine nel senso dei Nixon o degli Humphrey, dei Johnson o dei Goldwater. Mi è difficile resistere alla tentazione di riconoscere in ciò conferma delle ipotesi già proposte da questa pagina sui rapporti tra « scienza » e « potere ». Ma mi sembra più importante notare che la scelta di Shapiro — da lui vissuta come dilemma — non è tale in senso assoluto ma relativamente al sistema nel quale si pone. Voglio dire che, con la sua decisione, egli ha espresso un giudizio: non tanto sulla ricerca scientifica ed il suo risultato quanto sulla società da cui l'una è espressa e l'altro usato in modi finalmente politici. Nello stesso tempo egli ha testimoniato — con coerenza spinta sino ai limiti della rinuncia — per una scienza che, anziché imbiancare di neutralità il proprio sepolcro morale, sia pronta a riconoscersi coinvolta e partecipe di tutte le responsabilità sociali e politiche ed a queste coordini le sue opzioni e il suo sviluppo.

Il suo messaggio, così come io lo intendo, non è dunque: « Si deve lasciare la ricerca per la politica » ma « Si deve operare per l'avvento di una società nella quale il ricercatore non debba più scegliere tra il suo impegno scientifico e il suo impegno politico ». Una società nella quale egli non si senta più possibile strumento di un potere privilegiato, ma creatore egli stesso di una totale partecipazione del potere.

Per questa battaglia Shapiro ha preso il suo posto di combattimento, per la stessa altri lottano all'interno delle istituzioni scientifiche; consapevoli tutti di una reciproca solidarietà. I disertori sono quanti vengono teorizzando la dieresi tra società scientifica e società politica, tra le « necessità » della prima e le « responsabilità » della seconda, tra i diritti dell'una e i doveri dell'altra. Sono gli stessi che, in America come in Europa, di fronte a un giovane studioso che nel giro di qualche mese ha fatto due grandi scoperte, hanno esaltato con ogni clamore la prima e coperto la seconda di pavido silenzio. Quale sia il significato di così diverso comportamento è l'ultima domanda che propongo alla riflessione del lettore.

Una biblioteca come sistema

A Giulio bastavano poche righe, scritte tutt'altro che « avventatamente », per donare ai compagni delle idee nuove, per chiarire loro le vecchie, per sollecitare l'intelligenza e la fantasia. Lo testimonia se ve ne fosse bisogno, questa breve lettera con cui Giulio rispose al mio invito a collaborare all'impostazione del progetto e del catalogo di una biblioteca pubblica sperimentale che avrebbe dovuto sorgere a Squinzano (Lecce) con il contributo finanziario dell'editore Mazzotta, originario di quella cittadina.

Gli chiedevo, per il settore « scienza e società » che avrebbe dovuto curare con Lucio Lombardo Radice, « un contributo di idee, consigli, suggerimenti » e gli mandavo una copia della relazione-base del progetto redatta da Armando Petrucci che, con Emanuele Casamassima, era responsabile scientifico del progetto. La sua risposta, come si può leggere, andò ben oltre: da Giulio non venne solo un'entusiastica adesione, ma un preciso, rigoroso, « punto di vista » che contribuì non poco a correggere e a ripensare le linee di lavoro lungo le quali, nella mia attività di coordinatore dell'iniziativa, mi ero fino ad allora mosso.

Ancora più produttivi e approfonditi furono i quattro colloqui che successivamente ebbi con lui su questo tema quando, più tardi, lo informai che il progetto, per un complesso di ragioni, era stato sospeso. Giulio se ne rammaricò: soprattutto perché, mi disse, si perdeva così l'occasione di sperimentare la creazione di una biblioteca fatta non dai « professori » ma dalla gente, dai contadini, dagli operai e dai giovani di Squinzano.

Felice Laudadio

Milano, 8 aprile 1974

Caro Felice:

Ho letto la tua lettera del 3 aprile ed il testo di A. Petrucci e tutta la cosa mi sembra bellissima.

Potete, quindi, contare sulla mia collaborazione all'iniziativa.

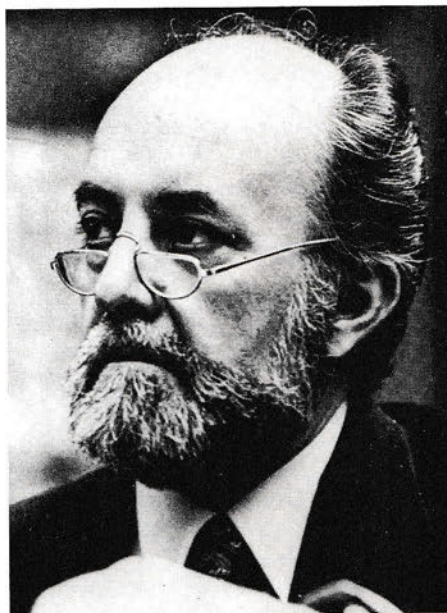
A me pare che bisognerebbe passare da una biblioteca come *insieme* ad una biblioteca come *sistema*. Un insieme è definito dall'enumerazione dei suoi elementi; un sistema dalle relazioni fra gli stessi. Pertanto un insieme è oggetto di un'analisi classificatoria mentre a un sistema si addice un'analisi di struttura. Mi pare — però non me ne intendo abbastanza — che le biblioteche siano sempre state viste come insiemi dei quali i cataloghi sono la tassometria (gerarchia per definizione e qui per ideologia).

Mi sembra, dunque, che, giuste tutte le proposte di Petrucci, si potrebbe aggiungere questa: una serie di *percorsi* attraverso la biblioteca (in forma di dispensa con soluzioni grafiche *ad hoc*) che permettano a chi chiede, per esempio, « Quale è stata la storia della salute operaia dalla rivoluzione industriale in poi? » oppure « In che modo il capitale ha imposto le scienze della natura come modello delle scienze dell'uomo » oppure « Quali sono le principali ' nocività ' del lavoro contadino, ieri e oggi » di trovare una traccia di lettura. Questa traccia dovrebbe essere graficamente aperta così da invitare ognuno che la usi a integrarla con qualsiasi osservazione sua (un'altra indicazione, una nota, un nome, etc.) e con sue domande, richieste, etc. che non hanno trovato risposte e che indicano come la biblioteca deve crescere.

Scrivo queste cose mentre le penso: quindi un po' avventatamente.

Ma credo che avremo modo di riparlarne. Con viva cordialità

Giulio A. Maccacaro

Medicina e potere

Intervento del pretore al «Gaslini» di Genova

Per le cavie umane 2 avvisi di reato

ACCUSATO DA UN EX-ASSISTENTE A BARI

Direttore di una clinica universitaria denunciato per esperimenti sui bambini

Il professor Meneghini, secondo il denunciante, avrebbe artificialmente indotto nei soggetti alcune malattie per studiare l'efficacia di nuovi farmaci - Ma egli sostiene che le prove non erano dannose - Inchiesta della magistratura

Anche per la sanità si progettano

La salute in appalto

...ni» ai grandi gruppi industriali

Un piano d'intervento pubblico ideato in piena coincidenza con le linee operative delle imprese - Interessi per centinaia di miliardi - Come si giun... ...bbe a sottrarre i poteri alle Regioni - Un disegno in contrasto con le esigenze della ri...rma: verrebbe imposto un blocco a o... ...o democratico nella gestione del servizio sanitario - L'azione della Fiat, della M... ...a e dell'ENI

Conferenza di Giulio Maccacaro ai Venerdì letterari

La medicina "autoritaria" e l'ammalato senza difese

Una lettera del prof. Maccacaro al presidente dell'Ordine dei medici

La morte non è uguale per tutti

Sferzante risposta al dottor Gianluigi Passaretti, sostenitore di Almirante, che ha messo sotto inchiesta lo studioso accusandolo di aver denigrato i medici - Sul transatlantico «Titanic» i passeggeri morirono a seconda della classe in cui viaggiavano - I tentati suicidi degli immigrati a Milano - In Italia quasi un milione di lavoratori invalidi in vent'anni - «Check-up» riservati ai ricchi - La nuova collana «Medicina e potere»

Come si sperimentano i nuovi prodotti delle case farmaceutiche

Il collaudo abusivo dei farmaci sull'uomo

Le carenze della legge che non richiede il consenso di chi viene sottoposto agli esperimenti - Le inconsapevoli « cavie » nelle corsie d'ospedale - Nessuna norma stabilisce di riferire sulle prove cliniche con esito negativo - In contraddizione anche con i principi affermati dall'organizzazione sanitaria mondiale

Rivelato un altro agghiacciante episodio di sperimentazione sull'infanzia

Bambini usati come cavie

Sonde e cateteri applicati a soggetti enuretici per effettuare test psicologici - Il caso richiama molto da vicino la triste vicenda del Gaslini di Genova - Non risulta che in questa nuova circostanza la magistratura abbia avviato un procedimen...

VIAGGIO ATTRAVERSO LE STRUTTURE SANITARIE PER L'INFANZIA

Ospedali «a misura di bambino»

L'importanza degli aspetti « non medici » nell'assistenza pediatrica - Il bisogno della madre durante la degenza - L'assessore alla Sanità della Regione Lazio: il piccolo malato ha bisogno di spazio - L'esperienza inglese - I casi del « Bambino Gesù » e del « Gemelli »

Lettera al Presidente dell'Ordine

Dal volume di J.-C. Polack, **La medicina del capitale**, Feltrinelli, Milano 1972, 1° numero della collana « Medicina e Potere » diretta da G.A. Maccacaro

Signor Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano e Provincia

Il 25 settembre scorso io stendevo alcune righe di prefazione a questa *Medicina del capitale* quando ella dettò per me le righe che seguono:

A seguito di informazioni che La riguardano è invitato a presentarsi presso la Sede di questo Ordine MERCOLEDI' 4 ottobre alle ore 11,30 per essere sentito dal Presidente o da un suo delegato.

Non mi restavano molti dubbi sulle intenzioni inquisitorie del suo invito, ma non commisi l'errore di interrogarmi intorno all'oggetto dell'inquisizione. Perché, se mi capisce, io non sono un Joseph K. e nemmeno un agrimensore: tra i fermacarte e i posacenere della sua scrivania non potrò mai cercare né la mia colpa né la mia salvezza. Tuttalpiù — pensavo senza allegria — l'impronta un po' sudata di una mano che mi si dice impaziente di tendersi col braccio in un saluto ormai, credevamo, desueto.

Comunque il 4 ottobre io comparvi puntualmente al suo un po' badiale cospetto ed ascoltai le imputazioni a mio carico con quell'attenzione di cui ella mi darà atto e con quella crudeltà che ora io le confesso. Infatti, mentre ella veniva leggendomi — quasi fossero capi d'accusa — parole e passi di una mia relazione tenuta recentemente a Perugia sul tema *Informazione medica e partecipazione* per invito dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, mi erano chiare — dall'addensarsi angusto delle rughe sulla sua fronte, da una lieve rifrangenza di sudore sul suo labbro, dall'inciampo delle parole e dalla casualità delle pause — mi erano chiare e toccanti la sua fatica e la inanità della stessa: le sue capacità di intendere e di volere, visibilmente impegnate, scoprivano insieme il loro disuguale successo.

Io stesso faticavo a riconoscere e non sempre riconobbi — nell'eco di così annaspante dizione — la voce pur familiare delle mie opinioni che avevo offerte a un pubblico dibattito: sul potere e la servitù della medicina nella società del capitale, sulle deformazioni che ne derivano all'atto medico ed al rapporto medico-paziente, sulle inerenti responsabilità e complicità dell'infomazione sanitaria.

Avrei potuto aiutarla a capire, signor presidente, ma non lo feci: sarebbe stato inquinare la chiarezza di una situazione esemplare. Le avrebbe dato qualche sollievo ma le avrebbe tolto un po' della sicumera necessaria a dirmi — di lì a poco — che ella considera la possibilità di aprire un procedimento disciplinare nei miei confronti. Ora lei vede perché — alzandomi e rifiutandole per l'allora e per il dopo qualsiasi risposta a contestazioni non ritualmente formulate — io mi congedavo preoccupato di evitare ad entrambi la tentante insidia dell'approssimazione.

La mia crudeltà non era, dunque, efferata: forse soltanto un modo di velare una sollecitudine e una comprensione che non vorrei ella ritenesse obbliganti. Tutto ciò che io attendo è la formalizzazione della sua istruttoria.

Credo, tuttavia, che la sua iniziativa superi, già ora, l'irrilevanza — voglia crederlo — delle nostre persone. Ricerche di questi giorni e notizie raccolte da altri convergono a indicare lei come il primo presidente di un Ordine dei Medici — almeno in epoca post-fascista — che abbia ritenuto di poter inquisire sulle opinioni espresse, nel corso di un dibattito scientifico e politico, da un medico che è anche insegnante. E di poterlo fare in nome e difesa di quella « dignità professionale » che non si riconosce nemmeno occasionalmente macchiata ed offesa dalla venalità e dalla violenza, dal servilismo e dalla prevaricazione di alcuni suoi titolari, ma soltanto dalla diagnosi di questi mali, dalla ricerca delle loro cause.

Questa diagnosi e questa ricerca, profondamente penetranti nella matrice sociale e politica da cui si esprime la medicina come sistema, sono le radici onde cresce il libro di Jean-Clau-

Novembre 1972. A Milano si erano appena spenti gli echi di una vivace controversia tra opposte fazioni sindacali di medici mutualisti per la stipula di un contratto integrativo provinciale. Non tanto i contenuti del contratto, però, avevano suscitato clamore, quanto il tentativo di riesumazione di un delicato strumento di persuasione nei confronti dei dissenzienti: le sanzioni disciplinari ovvero la sospensione d'autorità dall'esercizio professionale. Allora non si era ancora ben capito quanto fosse disonorevole, per un medico in agitazione, accettare compensi mutualistici per le proprie prestazioni e quanto fosse invece nobile farsi pagare direttamente dal paziente, per cui sfuggiva alla comprensione dei più il rigore morale sotteso al soffocante ma fraterno invito ricevuto. E si correva il rischio inconsapevole di infangare il buon nome della categoria.
L'insostenibilità di questa situazione apparve chiara al neo-eletto presidente dell'Ordine dei medici provinciale, che cercò di porvi riparo delineando il prototipo di medico insindacabile (cittadino integerrimo, professionista apolitico) e definendo una volta per tutte i veri valori da salvaguardare: libertà professionale, remunerazione adeguata all'incommensurabile servizio reso alla società, esenzione totale da critiche qualitative e quantitative. A supporto di questa concezione istituì un « centro difesa dignità del medico » con il fine di scovare nella stampa quotidiana e periodica, nei volantini, negli interventi a convegni e simposi qualsiasi accenno che potesse suonare denigratorio della figura del medico e reprimerlo adeguatamente.
Questo è l'uomo cui la lettera-prefazione di Giulio — limpida disamina della funzione subalterna della medicina e dell'ambiguo ruolo che il medico vi giuoca — era indirizzata e questo il clima dell'ambiente medico milanese — misto di stupore, incredulità e paura — che vide la pubblicazione de La medicina del capitale.
La lettera al presidente dell'ordine è un gioiello politico-letterario, è il messaggio di Giulio.
Pochi mesi dopo sei medici mutualistici rifiutavano il diktat ordinistico e pubblicizzavano la loro opposizione. Sei su decine di migliaia, un nonnulla. Ma l'imperversare delle gerarchie trasformò quel nonnulla in un « caso » di cui si interessò l'opinione pubblica di tutta Italia. Ne seguirono dibattiti popolari e pubblici processi, cui Giulio non mancò mai di offrire l'inestimabile contributo della sua presenza, nonché sequele giudiziarie non ancora concluse, ma un risultato lo si ottenne subito e fu un successo: da allora scomparve, dai documenti ufficiali degli organismi ordinistici, ogni accenno all'obbligo vincolante, per gli iscritti, di adeguarsi alle disposizioni impartite, premessa rituale all'applicazione di sanzioni disciplinari.
Il guscio della casta si era rotto e, per la prima volta, dalla base. Non passò molto tempo ed il disagio fermentante nella categoria per la coscienza acquisita o in via di acquisizione della dilacerante contraddizione tra etica e prassi del proprio ruolo professionale, andò coagulandosi qua e là per il paese in gruppi, più o meno sparuti, di medici che si definirono, per contrapposizione intuitiva, democratici.
Quei tempi sono ormai lontani, ma se allora questo scritto fornì indicazioni preziose a chi cercava di divincolarsi dal groviglio delle banalità correnti sulla scienza e la coscienza, la missione, la libertà professionale e quant'altre servivano ad ancorare il medico alla sua funzione sociale alienatrice, ancor oggi esso può, ad un'attenta rilettura, offrire ricca materia di riflessione e innumerevoli spunti di approfondimento per l'istruzione formale di un processo storico-giuridico che veda la medicina imputata, dalle masse popolari, di espropriazione della salute su committenza del capitale.

Sergio Quinterio

de Polack. E' il libro che io stavo preparando quando sopportai la sua interruzione: proprio l'impertinenza che il conte di La Fère più severamente puniva sulla schiena del pur ottimo Grimaud. Ma non tema, non è questo il punto. Io ho pensato, riprendendo la penna, di riallacciare il discorso dove s'era interrotto, ripercorrere la traccia che mi aveva convinto, ritrovare la pagina su cui mi ero fermato. Ma non fu così, tra il libro e me si era interposta, sgradevolmente, il ricordo opaco della sua arroganza.
La prefazione che avevo iniziato, signor presidente, e che resterà in un cassetto, non assumeva la sua esistenza. Immaginava lettori tra i quali ella non è annoverabile, prevedeva riferimenti che non le sono disponibili, supponeva impegni che sarebbe ingeneroso chiederle.
Io volevo presentare il libro di Polack cercandone la collocazione culturale, indicandone una mappa di lettura, suggerendone i criteri di utilizzazione. Così s'usa per le prefazioni: tanto più se di testi non facili.
E questa *Medicina del capitale* sempre facile non è. Per lo sforzo — che ha molti antecedenti, ma nessun uguale — di investire, in un'analisi coerente che usa gli strumenti dello strutturalismo secondo una metodologia marxista, tutta la molteplicità del sistema medico.
Per la densità sempre notevole, talvolta greve ma spesso fermentante di una frase che non appare mai appagata dei significati detti ed allusi. Per la offerta, straordinariamente generosa ma incalzante, di intuizioni — folgoranti alcune — e di proposte — talune seducenti — per analisi ed approfondimenti ulteriori.
Da un certo punto di vista, dunque, il libro di Polack è una lunga, straordinaria prefazione esso stesso: invito ed indicazione, indice e sommario, stimolo ed avvertenza. Soprattutto fruibile nelle sue parti, non meno e forse meglio che nel tutto, per uno studio, un seminario, una ricerca, un piano di lavoro, cui è augurabile che molti concorrano, al fine di una intelligenza politica sempre più penetrante e trasformante della medicina.
La prefazione di una prefazione: ecco signor presidente, che cosa sarebbe diventata la paginetta ormai interrotta del suo sgraziato — ma quanto istintivo! — intervento. Un'operazione che, nella mia immodestia, sospettavo di futilità.
Ora — dopo averla incontrata — io so che può essere non inutile anche la prefazione di un titolo.
Signor presidente, il bambino che nasce oggi in un paese industrialmente sviluppato ha una prospettiva di vita media intorno ai settant'anni, mentre dai tempi greco-romani a tutto il diciottesimo secolo questa attesa di vita non eccedeva il trentennio. La stessa differenza corre, oggi, tra un bambino che nasce nei nostri paesi ed un neonato di paesi sottosviluppati. Nel tempo e nello spazio è, dunque, verificabile che la trasformazione industriale ha aumentato la vita media degli uomini. Notizie di questo genere sono oggetto di costante e persino scolastica divulgazione: tutti le conoscono e, forse, anche lei. Però non si insegna, non si divulga e quindi non si sa che la vita media *non* usava distinguere per classi sociali fino all'inizio della rivoluzione industriale: è con questa che la morte e la malattia imparano a discriminare sempre più severamente ed attentamente, entro una stessa collettività, tra ricchi e poveri, tra la classe del capitale e quella del lavoro. Dovizia di studi [1], la cui notorietà raramente esce dalla comunità conclusa degli scienziati e degli specialisti, dimostrano questa tesi: si vive, ci si ammala e si muore di classe, come sulla tragica tolda del Titanic [2]. Naturalmente, signor presidente, la fine del transatlantico inaffondabile è qui ricordata soltanto per apologo che, però, si addice a tutte le società classisticamente ordinate. Può valere, invece, quale esempio tra i molti possibili e forse il primo presentato come studio scientifico su una rivista di tanta ufficialità come l'« American Journal of Public Health » [3], la tabella che segue e che descrive la mortalità secondo il reddito a Providence, Rhode Island, nel 1865:

Tasso di mortalità per 1000			
E t à	Con reddito tassabile	Senza reddito tassabile	Morti « senza reddito » per ogni morto « con reddito »
0- 1	93.4	189.8	2.03
1- 4	40.3	66.6	1.65
5- 9	15.9	15.7	0.99
10-19	3.0	8.2	2.73
20-29	6.0	11.8	1.97
30-39	4.5	15.5	3.44
40-49	1.4	14.5	10.36
50-59	8.6	25.1	2.92
60-69	15.1	39.5	2.62
70-oltre	32.9	138.5	4.21
Tutte le età	10.8	24.8	2.30

* Calcolato al netto della differenza numerica tra la popolazione dei « senza reddito » (44.080) e quella dei « con reddito » (10.515)

Le cifre sembrano davvero parlare da sole, ma se ella non fosse aduso ad intenderle, segnalo alla sua attenzione, oltre la drammatica differenza tra il tasso generale di mortalità dei titolari di redditi tassabili (10,8 morti ogni 1000 vivi) e dei senza reddito (24,8 morti ogni 1000 vivi), il divario spaventosamente significativo tra i due gruppi nell'età di maggior impegno lavorativo, cioè tra i 30 ed i 59 anni, con un rapporto di 10,36 morti « non tassabili » per 1,00 morto « tassabile » nell'età 40-49.

Providence: non è che una città tra tante degli Stati Uniti d'America. D'accordo, ma potrei citale dati contemporanei e paragonabili raccolti da Rowntree [4] per York in Inghilterra, da Collins [5] per Copenaghen in Danimarca, da altri autori [6] per altre città ed altri paesi: tutti dicono la stessa inequivocabile storia che si ripete nei decenni successivi e s'aggrava negli ultimi.

1865: non è che un anno tra i tanti, del secolo scorso. Ancora d'accordo, ma vorrei ricordarle che in quell'anno Bismarck e Napoleone III si incontrano a Biarritz, Lincoln è ucciso a Washington, Proudhon licenzia *La capacità politica della classe operaia*. Nello stesso anno viene introdotta in Inghilterra la raffinazione elettrolitica del rame, in Germania il procedimento Siemens-Martin per la produzione dell'acciaio, in Francia il primo fucile a ripetizione. Ancora in quell'anno — mentre appare ed è subito famosa *l'introduzione allo studio della medicina sperimantale* di Claude Bernard — Pasteur inizia le sue ricerche sulla genesi microbica dei morbi e Mendel comunica le sue prime osservazioni sull'ereditarietà dei caratteri: sono così poste le basi per la determinazione genetica, la trasmissione infettiva e la patogenesi biochimica come idee portanti — poi *idola* mistificanti — della medicina moderna e scientifica.

Naturalmente l'intreccio della politica, della scienza e della medicina appare ancora casuale e risolvibile nel nodo di una data, qui meramente segnaletica. Ma la lettura di più analitiche e critiche cronologie parallele saprebbe mostrare la necessità e il disegno di tale intreccio che, pertanto, può ben definirsi storico.

Tuttavia, signor presidente, ella non compirà tale lettura che le riconosco troppo impegnativa. Così come quella di questo libro del quale cerco, lo vede, di renderle compitabile almeno il titolo. Dunque...

Dunque: dire *medicina del capitale* è intendere molto più che un'indicazione storica o sociologica; è proporre il risultato di un'analisi politica secondo la quale il comando capitalistico — nelle società da esso egemonizzate — è portato, per le necessità della sua affermazione e per il controllo delle sue contraddizioni, ad assumere la gestione totale del sistema medico in tutte le sue parti e relazioni. In tali società la medicina comunque declinata — cioè quella scientifica come quella pratica, quella privata come quella pubblica, quella delle aule universitarie come quella delle corsie ospedaliere, etc. — è sempre *del* capitale, nel senso di essere funzionale alle sue esigenze di conservazione e di sviluppo — pur attraverso le forme e le realtà dell'atto assistenziale.

Le società cui stiamo facendo riferimento sono quelle nate dalle rivoluzioni borghesi: nessuno pensa di disconoscere alla borghesia — alla sua sfida antioscurantistica ed antiautoritaria, al suo impegno per il trionfo della ragione e della democrazia — un ruolo storico che nel suo tempo fu autenticamente rivoluzionario, anche se solo incompiutamente liberatorio.

Questa prima contraddizione — devo chiederle venia, signor presidente, per così scolastiche elementarità? — nasceva dal fatto che la borghesia, presa coscienza di sé come classe, si soggettivò quale affermatrice di quella redenzione sociale che obiettivamente si apparecchiava a negare con spietatezza fatta nuova dalla novità stessa del primato razionale.

Nessuna delle sue invenzioni fu più importante del sistema capitalistico: notoriamente fondato sulla produzione sociale e sull'appropriazione privata dei beni come condizione necessaria per la riproduzione e l'aumento del capitale stesso attraverso l'espropriazione del plusvalore che il capitalista, cui è dato trattenere il profitto, opera sul lavoratore cui è necessario vendere la sua forza-lavoro: così che questi diviene l'antagonista storico di quello e la storia si fa vicenda del loro scontro.

E' dunque chiaro, anche in così estrema semplificazione, come il capitale sia interessato — in misura variabile soltanto a ragione delle sue necessità — a consumare e a conservare la disponibilità di forza-lavoro, cioè a conservarla in quanto deve consumarla, in modi e misure tali da rendere ottimo, cioè massimo, lo scarto tra il costo di conservazione ed il profitto del consumo. Alla medicina è chiesto di concorrere a risolvere, nella razionalità scientifica, quest'altra contraddizione: così centrale fra le molte che il sistema capitalistico, per poterla almeno controllare, deve assumere la gestione di tutti i momenti della medicina: cioè la gestione del medico oltre a quella del malato, della malattia oltre a quella dell'istituzione, dell'insegnamento oltre a quello della professione, della produzione del farmaco oltre a quella della sua domanda, etc. Naturalmente così dicendo non si vuole prospettare l'immagine di un comando talmente univoco e lungimirante, quasi proiezione di una lucida ancorché mostruosa intelligenza, da impedire per sé ogni verifica di incoerenza, da escludere per noi altre possibilità oltre la resa. Si vuole anzi convincere che in ogni punto del sistema ove quel comando si distribuisce, è rifratta la contraddizione originale da cui nasce ed è aperta la possibilità di un intervento che porti tale contraddizione a quell'estrema evidenza che è già crisi.

La scienza medica ne è chiarissimo esempio proprio perché la medicina diventava scientifica quando ed in quanto il potere diventava borghese. La nuova classe egemone non usò né avrebbe potuto usare la scienza del potere, che si era impegnata ad abbattere — nessuna scienza, oggi come ieri, ha usi alternativi a quelli del potere che la determina — ma fondò e sviluppò per sé una nuova scienza ed una medicina nuova in quanto scientifica.

Protesa insieme alla conquista della natura ed allo sfruttamento dell'uomo — questo necessario a quella ed entrambi all'accumulazione del capitale — la borghesia afferma una nuova intelligenza della malattia, sottraendola all'astralità degli influssi, esorcizzandola dall'invasione diabolica, togliendola insomma alla metafisica del male. Perché la forza-lavoro dell'uomo diventi l'indispensabile, occorre che la malattia, come la salute, sia consegnata all'analisi di una ragione scientifica che ne asseveri la fisica naturalità, ne assicuri la riduzione a controllabili eventi, ne statuisca la disciplina a leggi formulabili.

La nuova medicina illuminata dà, cosí, a tutto il pensiero non soltanto scientifico [7] dei decenni successivi, fino ai nostri, due modelli straordinariamente produttivi, e fruibili: l'uomo come caso particolare della natura, la natura come antagonista generale dell'uomo.

La contraddizione, speculare alla doppia necessità di cui sopra,

è risolta darwinianamente nella competitività come legge economica della natura e come legge naturale dell'economia.

Dal primo modello sarà contestata, *sub specie medica*, quella reificazione dell'uomo che è necessità logica e pratica di un suo uso scientifico (nella apparenza di un uso umano della scienza) corrente e coerente dall'officina di produzione alla sala medica di sperimentazione [8].

Dal secondo modello ogni imputazione causale — per l'infermità che si centripeta nell'individuo dalla nocività circostante di un ambiente socio-fisico a sua volta gravato dalle esazioni del sistema produttivo — viene centrifugata all'esterno del sistema stesso verso un « laggiù » naturale dove si annidano e germinano, si virulentano e pullulano gli oscuri nemici della salute, fino allo sterminio che solo la scienza — quella scienza, si intende — potrà farne.

Per essa la malaria non è più effetto di insalubrità secolari ma iniezione anofelina di *Plasmodium*, l'etisia non è più prodotta dagli stenti e dalle ambasce ma dal *Mycobacterium tubercolosis*, il crepacuore non si dà più come risultato di dolenti emozioni ma per occlusione ateromatosa di un'arteria coronarica. E così ancora per altre verità innumerevoli e innumerevolmente riduttive.

Di queste verità si illumina la nuova scienza e si arma la nuova medicina. Esse lanciano la loro sfida vittoriosa non solo contro i morbi infettivi, le pesti epidemiche, i flagelli carenziali ma contro tutta quella patologia che è disordine naturale — calamitoso e imprevedibile, irrazionale e incontrollabile — cioè minaccia oscura e pendente su ogni progetto del capitale cui occorre il lavoro dell'uomo: quindi la sua possibilità di esistere e la sua capacità di produrre ma soprattutto la programmabilità del suo esistere per produrre.

Tale è il traguardo e il limite della scienza medica capitalistica: nata da una classe per la sua volontà di egemonia, da un sistema per la sua necessità di sviluppo. Riconoscerlo — ma lei mi segue, signor presidente? — non significa disconoscere a tale scienza l'obiettività statistica dei suoi successi, il merito individuale dei suoi artefici, l'uso possibile dei suo portati. Singifica, invece, leggerne correttamente la genesi e lo sviluppo, l'ipotesi e la determinazione, la logica e la contraddizione; per poterne intendere finalmente la crisi.

A quella lettura si rivolge, con penetrante impegno questo libro di Polack. Alla certificazione, molto sommaria di tale crisi sono dedicate le righe che seguono.

Signor presidente,

una larga quota della popolazione, forse più che metà, non ha alcun accesso all'assistenza medica e per la maggior parte degli altri uomini le cure disponibili non sono adeguate ai loro bisogni. Per una triste ironia, i più brillanti successi delle scienze biomediche non arrivano a proiettare i loro effetti là dove ne è più acuta la necessità. Un numero enorme di uomini muore di malattie prevenibili e curabili oppure sopravvive nell'infermità fisica e psichica per mancanza delle più elementari prestazioni della medicina moderna.

Queste righe non mi appartengono e sfuggono pertanto alla sua inquisizione. Ma non alla sua considerazione, mi auguro, poiché a firmarle è uno studioso americano, della Rockefeller Foudation [9]. Invece, quelle che seguono le dobbiamo — ma è un modo di dire, lei capisce? per chi non viva nell'assoluzione perpetua da ogni debito culturale — le dobbiamo, dicevo, a un noto professore di Harvard (Massachusetts):

La scienza moderna ha imparato a modificare il corso delle malattie, alleviare i dolori, curare gravi disturbi, prevenire l'invalidità, evitare le morti premature... farmaci miracolosi quale la penicillina sconfiggono malattie, come la polmonite, che ancora vent'anni fa uccideva un quarto dei colpiti. Come risultato è diminuita la mortalità infantile ed è aumentata la vita media. A molti è stata risparmiata la sventura di una malattia cronica come la tubercolosi. Alcune gravi affezioni mortali quali la pertosse, la poliomielite, la difterite e il tifo sono ormai controllate dalla profilassi. Ma, come mostrerò, da circa vent'anni la nostra salute non conosce più progressi e, stranamente, ciò coincide con una enorme espansione dei programmi di ricerca scientifica in campo medico... Questa enorme espansione insieme al deteriorarsi del quadro sanitario costituiscono il paradosso della medicina moderna [10]. .

A sua volta uno dei più illustri studiosi di scienze mediche che vantino l'Università di Londra e il Regno Unito così formula le sue allarmate riflessioni [11]:

Se, per i prossimi vent'anni non si facessero più ricerche, se ci fosse cioè una pausa nella ricerca, l'applicazione di ciò che è già noto, di ciò che è già stato scoperto, produrrebbe un diffuso miglioramento della salute del mondo... Come presidente della Commissione consultiva per la Ricerca medica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, io guardo con speranza ai nuovi progressi scientifici che ci attendono ma talvolta devo chiedermi se le grandi quantità di denaro che vengono spese oggi, in molti paesi, per la ricerca non potrebbero produrre un più rapido e cospicuo progresso della salute degli uomini ove fossero usate per applicare quanto è già noto.

Si vede bene come da una parte l'incapacità della scienza medica ad assumere un significato qualsiasi, cioè almeno effettuale, per la maggioranza degli uomini (Bryant) e dall'altra la sua sopravvenuta se pur asintotica impotenza ad autenticarsi come ricerca di salute per la minoranza stessa che l'egemonizza (Rutstein) convergono a mettere in dubbio, *per la prima volta e dal suo interno,* il senso stesso della sua continuità (Rosenheim) Lei sa immaginare, signor presidente, una più esplicita dichiarazione di una crisi più profonda? Io no.

Io credo che questa crisi sia non solo plausibile ma anticipata dalle premesse che abbiamo, pur tanto inadeguatamente, formulate. Abbiamo visto come la medicina scientifica, non diversamente dalla scienza *tout court,* sia stata espressa dalla borghesia per le necessità del capitale, in nome del progresso. Ma

tutti i progressi della civiltà, o in altre parole ogni incremento delle forze produttive sociali... quali risultano dalla scienza... arricchiscono non l'operaio ma il capitale; non fanno altro che ingigantire il dominio sul lavoro; incrementano la produttività del capitale... E il capitale è esso stesso la contraddizione in processo: da un lato esso evoca tutte le forze della scienza e della natura, come della combinazione sociale e delle relazioni sociali. Dall'altro esso intende misurare le gigantesche forze sociali così create... e imprigionarle nei limiti che sono necessari per conservare come valore il valore già creato [12].

Più banalmente, scusi, noi diremo che il capitale ha cercato di mascherare la sua insanabile contraddizione col lavoro — cioè la sua necessità di sfruttamento dell'uomo, perseguita con tutte le risorse della scienza e della tecnica — affermando e largamente realizzando la loro, cioè la sua signoria sulla natura cui vuole l'uomo oggettivamente assimilato per la salute che può alienare e soggettivamente opposto per quella che può rivendicare.

Questo disegno, che non esaurisce tutta la storia ma individua le linee di tendenza della scienza medica moderna — facilmente riconoscibili, del resto, nell'evoluzione delle discipline e negli statuti degli insegnamenti — non poteva non entrare in crisi quando fosse giunto, come oggi è giunto, a scontrarsi con due nuove realtà nate dal seno stesso della sua contraddizione. La prima è da riconoscere nella crescita politica della classe operaia. E ben vero che questa

non può assumere su di sé il peso della lotta se non per obiettivi che si pongano di fronte ad essa con una esplicita caratterizzazione di classe (così che) qualsiasi obiettivo delle forze produttive (e della scienza in modo particolare) non può dunque porsi come esplicito obiettivo di lotta alla classe operaia se non nella misura in cui esso sia immediatamente riattraversabile lungo la direttrice fondamentale segnata dalla contraddizione di classe [13].

Ma è anche vero che uno degli « obiettivi scientifici » oggi più individuati dalla soggettività operaia ed effettivamente attraversabili secondo la direttrice indicata è proprio la produzione della « scienza medica » non solo per la flagranza del suo ruolo razionalizzante nella gestione capitalistica della salute sociale, ma perché nella difesa della salute il proletariato ha riconosciuto un momento totalizzante e decisivo delle sue lotte di classe.

La seconda realtà è quella emersa all'interno della medicina stessa. La lotta alla malattia infettiva e più latamente fisiogena — necessaria per una gestione controllabile della riserva e della riproduzione della forza-lavoro ma strumentalizzabile ancora, come s'è insistito, quale copertura patogenetica della franchigia concessa alla nocività della produzione — ne ha determinato la recessione: dove, quando e come vedremo meglio fra poco.
Ora basti dire che tale recessione — quella di una malattia vista come espressione della « contraddizione uomo-natura » — ha scoperto, nel senso di averle trasferito ogni rilevanza epidemiologica, l'emergenza della malattia degenerativa e sostanzialmente antropogena che è espressione, a sua volta, di quella « contraddizione uomo-uomo » onde nasce ed alla quale non potrebbe sopravvivere la fortuna del capitale.
Se quindi, avendo corso la mitografia del germe e del gene, della tossina e del virus come epifenomeni scrutabili di un'imperscrutabile e irresponsabile sventura, la « scienza medica » poteva dirsi e viversi *dalla parte dell'uomo*, per l'immacolata concezione del bene progressivo; nel momento in cui si impone la realtà soverchiante di una patologia che nasce dall'organizzazione del lavoro, dall'espropriazione del « tempo vivo », dall'impoverimento della convivenza, dall'alienazione del corpo, dalla decomposizione sociale, dalla costrizione urbana, dalla spoliazione ambientale, da tutto ciò insomma, che è modo, atto e materia dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo, la stessa « scienza medica » è costretta a dirsi e a viversi *dalla parte di quale uomo*. Nessuna neutralità le è più concessa né la sua illusione: quindi nemmeno l'innocenza. O si danna col capitale o si salva col lavoro.
Questo è il senso della sua crisi che, se si esprime come imputazione del sistema, può lievitare quale presa di coscienza nei suoi protagonisti purché non illanguidisca moralisticamente ma si completi politicamente: il che, signor presidente di medici certamente migliori, significa soltanto riconoscere e scegliere la propria collocazione di classe.

Signor presidente, ho cercato di renderle intelligibile un titolo, non più, suggerendole che questa medicina è veramente *del* capitale nella sua nascita e nella sua crisi. Ho sviluppato per lei il mio argomento trattenendomi alla medicina scientifica nel senso di « scienza medica » — come a quella meno frequentemente raggiunta o più facilmente assolta da tale imputazione. Ora chiedo i residui possibili della sua attenzione per rivolgerli brevissimamente — come si conviene a una lettera che non sopporta l'impegno di un'analisi e nemmeno l'abbozzo — ad alcuni momenti, ad altri aspetti del sistema medico, così come si sono determinati, tra quella nascita e questa crisi, nel comando capitalistico. Sarei completamente appagato — anche se ulteriormente sospetto di *haeretica pravitas* — ove riuscissi a lasciare per lei su questo foglio un solo segno, una freccia indicatrice che l'aiuti a riconoscere la linea di discriminazione classista, vera rima di frattura sociale, che attraversa ogni mappa sanitaria.
Poiché, dunque, la sistematicita ci è negata (ma solo per questa occasione epistolare) e poiché io voglio mostrarle il classismo della patologia che investe l'uomo oggi e qui così come glielo resi ostenso là ed allora, in una fase di sviluppo del capitale e della sua medicina, e poiché non intendo cedere a quelle insidie dell'approssimazione già inizialmente respinte, procederò — me lo consenta — in modo concentrico dal più largo orizzonte del pianeta a quello un po' più angusto della sua giurisdizione.
Io le avevo detto che le grandi malattie infettive e parassitarie sono ormai cancellate ed è vero: ma è vero soltanto per taluni paesi di questa Terra e, nel loro ambito, non sempre per tutte le zone e talvolta, in queste zone, non per tutte le genti. Lo spazio ci consente non più che un esempio: scelgo la malaria come quello certamente non più drammatico ma ben chiaro e documentato [14].
Dei 2736 milioni di uomini viventi sulla Terra alla fine del 1968, quasi due terzi, ovvero 1733 milioni, abitano aree originariamente malariche.
Di questi 1733 milioni, soltanto 651 — poco più di un terzo! — vivono in zone dalle quali la malaria è stata eradicata. Ciò spiega come sia possibile ancorché ripugnante che — per una malattia della quale si sa tutto da tempo e si dispone di ogni mezzo preventivo e curativo — lungo gli anni Sessanta siano risultati annualmente affetti da 100 a 250 milioni di uomini e ne siano morti, ogni anno, da uno a due milioni e mezzo.
Ebbene, se si guarda non solo al quanto e al quando ma anche al come e al dove di queste morti, si vede con nitidezza topografica come i paesi del colonialismo, militare ieri ed economico oggi, cioè dell'imperialismo capitalista, hanno liberato se stessi dalla malaria lasciandola ai paesi già da loro sfruttati e dissanguati.
No, signor presidente, non dica che questa interpretazione è tendenziosa. Chiamo a testimoniarne la verità il Belgio ed il Congo. Quanto lungo e crudele sia stato il martirio imposto dal primo al secondo per sete di ricchezza è universalmente noto. E' anche noto che in tutto il Congo la malaria è ancora endemica mentre nel belgio è sconosciuta. Ma non è colpa dei belgi — lei obietta — se il loro paese appartiene all'Europa settentrionale ed il Congo all'Africa subtropicale! Invece è proprio colpa dei belgi — voglio dire del capitale colonialista di Bruxelles e dintorni — aver prima dimostrato che la malaria è eradicabile *anche dal Congo, indipendentemente dalla latitudine*, e poi aver limitato tale dimostrazione alle zone di insediamento della colonia bianca! Vede con quale sicurezza di chirurgo il bisturi del capitale separa nella carne dell'umanità ciò che può morire da ciò cui è concesso salvarsi: per il suo servizio e per le sue fortune? Ma vede, anche su scala continentale, come si addensi la crisi della medicina che gli è asservita? Da cinque anni la lotta antimalarica nel mondo non ha più registrato successi: anzi nei paesi già bonificati dove sopravvivono sfruttamento, miseria e indigenza, si è avuta una riaccensione di focolai epidemici. La più autorevole rivista medica inglese commenta così:

> Benché la risoluta applicazione delle conoscenze scientifiche possa ridurre il divario della salute, l'esempio della malaria mostra quanto difficile sia usare efficacemente le risorse della tecnica quando le condizioni sociali ed ambientali sono al di sotto di certi livelli [15].

E' dunque chiaro che i paesi dell'imperialismo capitalista e le loro benefiche istituzioni, quando inviano squadre di esperti e navi di farmaci ai paesi cui tuttora impongono regimi e governi che ne garantiscano il docile sfruttamento, sanno benissimo che la prima operazione è utile soltanto come copertura della seconda. Per questo la compiono. E per questo il medico che ne partecipa deve scegliere tra il contraddire se stesso o contraddire il sistema, cioè deve affrontare la sua crisi.

Le ho già detto, signor presidente, che quello della malaria non è che un esempio tra i molti possibili di una verità che rimane, oggi come un secolo fa, la stessa: la medicina del capitale gestisce le malattie secondo gli interessi di questo, statisticamente riversandole, su scala internazionale, dai paesi che detengono il comando imperialista a quelli che lo subiscono così come, nei singoli paesi, dalle classi dominanti a quelle subalterne.
Se ne avesse, tuttavia, qualche dubbio, voglia leggere con attenzione questo passo che qui le trascrivo dalla seconda dichiarazione di La Habana (4 febbraio 1962):

> In questo continente (America latina) di quasi 200 milioni di esseri umani, formato per due terzi da indi, meticci e negri, muoiono di fame, di malattie curabili e di vecchiaia prematura circa quattro persone al minuto, 5.500 al giorno, 2 milioni all'anno, 10 milioni in 5 anni. Queste morti potrebbero essere facilmente evitate ma tuttavia accadono. I due terzi della popolazione latino-americana vivono poco e vivono sotto costante minaccia di morte. Olocausto di vite che in 15 anni ha causato due volte più morti della guerra del 1914 e continua... E intanto, dall'America latina scorre verso gli Stati Uniti un torrente continuo di denaro: sono 4.000 dollari al minuto, 5 milioni al giorno, 2.000 milioni all'anno, 10.000 milioni ogni 5

anni, per ogni mille dollari che partono ci resta un morto, 1.000 dollari per ogni morto: questo è il prezzo di ciò che si chiama imperialismo. 1.000 dollari per ogni morto, quattro volte al minuto.
Purtroppo, quando l'orrore di un sistema come questo fu cancellato dall'isola di Cuba, quando venne il giorno della liberazione dal colonialismo capitalista che teneva soggiogati l'uomo ed il medico, rapinando l'uno della sua vita e l'altro della sua funzione, quel giorno

a Cuba erano presenti poco più del 50% dei medici; tutti gli altri erano fuggiti, assieme ai ricchi, agli speculatori, agli oppressori, lasciando il popolo isolato nelle malattie[21].

per approdare alle sponde del capitale. Forse anche questo l'aiuta, signor presidente, a capire il titolo di questo libro. O, forse, l'aiuta di più lasciare un flagello planetario come la malaria e i drammi sanitari di un continente sottosviluppato quale è il Sudamerica per concentrare la sua attenzione sulla patologia di paesi progrediti e prosperi come quelli che hanno conosciuto lo sviluppo industriale, la rivoluzione borghese, il trionfo del capitale.
Ed è a questo punto che io sono davvero in difficoltà. Io dovrei, vorrei percorrere con lei tutto l'arco della patologia rilevante, nei paesi cui ora ho alluso e nel nostro, per dimostrarle statisticamente e criticamente — cioè cogliendo le regole e interpretando le eccezioni — come di voce in voce, di noxa in noxa, di malattia in malattia si riproponga con angosciosa evidenza il gradiente sociale e come gravi complessivamente sulle classi sociali subalterne il maggior peso di infermità che è autentica espressione del prelievo di salute compiuto da quelle dominanti: una trasfusione crociata che rimane ben orrenda anche se vi collabora tutto l'apparato medico!
La mia difficoltà, è ovvio, dipende esclusivamente dall'ampiezza di quell'arco e dalla ricchezza di quelle statistiche che io vorrei mostrarle e illustrarle se potessi distillare qui la biblioteca dell'istituto che ho l'onore di servire ed, ora, quello di offrire al suo impegno di studioso. Mi limiterò dunque a richiamare la sua attenzione sui due estremi di quell'arco, cioè sulle malattie mentali all'estremo psichico e sul cancro all'estremo somatico di una patologia che, peraltro, io credo essere sempre somatopsichica.
Per le prime mi rifaccio naturalmente alla più celebre ma non isolata ricerca in materia di rapporti tra classi sociali e malattie mentali [17] dalla quale trascrivo per suo comodo questa lampante tabellina.

Classe sociale (da I a V) e distribuzione dei pazienti e dei non pazienti (psichiatrici) nella popolazione

	Pazienti	Non Pazienti
I	1.0	3.0
II	7.0	8.4
III	13.7	20.4
IV	40.1	49.8
V	38.2	18.4
	100.0	100.0

Gli autori così la commentano:
Uno sguardo alle percentuali ci fa rilevare che la classe I (quella socio-economicamente privilegiata) ha un numero di pazienti pari ad un terzo di quanto ci si potrebbe aspettare se il rapporto fra i malati della classe I e la popolazione dei malati di mente fosse uguale al rapporto fra gli individui della classe I e la popolazione in generale. Analogamente le classi II, III e IV mostrano percentuali più scarse nella colonna che riguarda i pazienti; ma ciò avviene in misura minore che per la classe I. D'altro lato, la percentuale dei pazienti della classe V (quella socio-economicamente più sfavorita) è superiore al doppio della percentuale degli individui appartenenti alla classe V rispetto all'intera popolazione. Questo ci dice che la nostra ipotesi, secondo cui l'appartenenza ad una classe sociale è un fattore condizionante nel diventare pazienti psichiatrici, è fondata sui fatti... [18].

Ulteriori e più raffinate analisi che hanno tenuto conto di fattori come età, sesso, razza, religione e stato civile hanno ancor più chiaramente « dimostrato che la prevalenza delle malattie mentali curate è legata in modo ben preciso con la classe sociale » [19].
Signor presidente, i miei testimoni sono i miei colleghi di ricerca e di studio. Chiamo per lei i più autorevoli: le loro opere e i loro scritti. Purtroppo alcuni non sono in italiano né tradotti. Come questo sul quale ora vorrei almeno il proposito della sua attenzione. E' intitolato *Studi statistici sulle cause delle neoplasie maligne* [20] ed è una miniera di dati e di analisi cui attingono studiosi di ogni paese. Le oltre cinquecento pagine del primo volume passano in rassegna, nel corso di 40 capitoli, i vari tipi e le diverse sedi dei tumori: dal cancro del labbro a quello del polmone, dal laringe all'intestino, dallo stomaco all'utero, e così via. A pag. 64, a proposito dei tumori dei primi tratti del tubo digerente (labbro, lingua, faringe e laringe) si trova per la prima volta questa breve frase a commento di tavole fitte di dati: « E' evidente che il cancro di queste parti studiate ha una frequenza più alta nelle classi più povere che in quelle più ricche ». Ebbene, signor presidente, questa frase ricorre — con rare eccezioni — per tutto il volume, di capitolo in capitolo, di sede in sede, di tumore in tumore come una reiterata denuncia che la asetticità del linguaggio scientifico non rende meno amara e clamorosa. Ed anche come il lugubre rintocco che dal campanile di Ciriè [21] ha segnalato inascoltatamente, per sedici volte, che un altro operaio era morto per cancro della vescica da coloranti anilinici affinché prosperasse e crescesse il capitale di un'industria piemontese.
Le ho detto, signor presidente, che di tutto l'arco della patologia le avrei illuminato gli estremi: non mi dica che tra l'uno e l'altro la discriminazione di classe si annulla o si rovescia. Ah, lo dice. Lei mi richiama alla patologia cardiovascolare, all'infarto del dirigente, alla trombosi arteriosclerotica del presidente. Gliene do atto *et pour cause*. Le do atto che da miei stessi calcoli risulta come la probabilità di morire nell'affondamento del proprio yacht è 1,73 milioni di volte più alta per il padrone di una media industria che per il suo operaio. Da questo punto di vista la classe del lavoro sta incomparabilmente meglio di quella del capitale: lo riconosco. Ma contemporaneamente le segnalo l'esistenza di studi che capovolgono, in tema di patologia cardiovascolare, la tesi che fu di Osler nel 1910 e che è di altri ancor oggi: essere talune malattie del cuore e dei vasi un triste privilegio delle classi lietamente privilegiate dalla ricchezza. Il più recente studio che io conosca e che ne rivede criticamente molti altri conclude così:

Sia che ci si riferisca alle malattie cardiovascolari, alle malattie del sistema circolatorio, alle malattie del cuore, alle malattie cardiache arteriosclerotiche e degenerative, all'infarto cardiaco, i dati non confermano la tanto creduta generalizzazione di Osler... [22].

Ma un'altra volta — se ci sarà un'altra volta — io le spiegherò come, se così non fosse, non vorrebbe dire ancor nulla perché è certamente meno colpito da malattie senili chi è già morto prima di invecchiare. A questo proposito e, come vede, restringendo ormai il nostro orizzonte alle sponde nazionali, vorrei segnalarle queste righe da un lavoro di Berlinguer [23]. Si, signor presidente, ma Giovanni.
Egli scrive:

Mentre per la mortalità infantile le regioni economicamente arretrate sono più colpite, nell'età lavorativa si ha un'inversione, e la durata della vita decresce in funzione dell'industrializzazione. Gli operai sono i più colpiti. Il fenomeno più noto è l'aumento degli infortuni sul lavoro e delle « malattie professionali » legalmente riconosciute, che rappresentano tuttavia solo una parte della patologia collegata al lavoro. Nel ventennio 1965-1966 si sono verificati in Italia 22.860.964 casi di infortunio e di malattia professionale, con 82.557 morti e con 966.880 invalidi. Quasi un milione di invalidi, il doppio di quelli causati in Italia dalle due guerre mondiali, che erano circa mezzo milione. Mentre la media degli infortuni e mal ttie professionali nel ventennio 1965-1966 è stata lievemente superiore ad 1 milione di casi annui, negli anni dal 1967 al 1969 la

cifra è salita ad oltre 1,5 milioni di casi e nel 1970 ad 1.650.000 casi. Poiché non si è avuto, in questo periodo, un aumento dell'occupazione industriale queste cifre rappresentano un chiaro indice di accresciuto sfruttamento nella fabbrica e di ridotta possibilità di ripristinare la capacità lavorativa logorata.

Nella sua meditazione su queste non confutate [24] statistiche nazionali vorrei fosse presente, signor presidente anche questo dato locale. A Torino, la città italiana forse più onnipervasivamente posseduta dal capitale monopolistico, avvengono ogni giorno, in media, trenta infortuni sul lavoro *con perdita anatomica*: una falange, un dito, una mano... [25].

Ora se lei riesce a immaginare — e a tollerarne per un istante l'immagine — questo mucchio di carne sanguinante e dolente che si forma ogni giorno, con una frequenza ed una regolarità che lo fa divenire connotato specifico di un certo modo di produzione, lei riesce forse ad avere una prima elementare intuizione di che cosa si intenda per « appropriazione del corpo da parte del capitale ».

Occorrerà ancora che le dica come tale appropriazione — che non è solo del corpo e non è solo nella fabbrica — allarghi la sua presa in tutte le sedi, i tempi e i modi della vita individuale e collettiva? Ed è il caso che lei mi dica ancora che non tutta la patologia è del capitale quando manifestamente tutto il capitale è patogeno e continua ad esserlo ovunque arrivano il suo comando e la sua esazione [26]?

Comando ed esazione, badi, capaci non solo di produrre, come abbiamo visto, la malattia ma anche di inventarla e, sempre per il proprio vantaggio, di reprimerla e di negarla.

Perché si esprimono da un sistema che quanto più è fondato sull'uniformità dei prodotti tanto più ha bisogno della conformità dei produttori; quanto più esigenti sente farsi le necessità della *sua* programmazione — per sopravvivere alle contraddizioni che lo minacciano — tanto più restringe i limiti della sua tolleranza. Meglio di me dicono i Basaglia:

a livelli diversi di sviluppo economico si manifestano gradi diversi di tolleranza nei confronti della malattia, il che coincide con definizioni diverse di malattia che acquistano — proprio in quanto formulate dai tecnici — un carattere di obiettività assoluta [27].

Questo è vero per la malattia somatica come per quella mentale (cui il passo citato si riferisce): conversamente è vero per la definizione di una normalità mentale e somatica la cui soglia è continuamente spostabile dal capitale secondo la quota di devianza volta a volta gestibile (o rigettabile) per il suo profitto.

Per intenderci, signor presidente, — e qui non presumo di più — vorrei convenisse su ciò che è ovvio: che il profitto del capitale ha le dimensioni del tempo e del denaro e che queste diventano le coordinate di giudizio per il « valer la pena » della restituzione alla normalità e per il « valer la forza » della riduzione alla conformità.

Ne è riprova la selettività con cui il passaporto per il regno delle « malattie » è rilasciato alle forme morbose che hanno maggiori e più immediati margini di recupero della forza-lavoro (m. acute, m. specifiche, m. « sintomatiche », m. traumatiche, etc.) ed è negato ad altre altrettanto tali (m. croniche, handicap fisici, difformità psichiche, etc.) definite invece come « stati » o « tipi » cui le pratiche e le istituzioni mediche faranno indossare l'uniforme dell'esclusione irredimibile.

Talvolta, signor presidente, tale esclusione si autoproduce ed è oggetto, almeno postumo, di attenzione medica. Sarà questo — con tutto quello che avrei da dirle! — il mio solo cenno alla città e alla provincia della sua giurisdizione professionale. Io ho davanti, in questo momento, un lavoro di due colleghi: il professor Virginio Porta ed il dottor Giorgio Calderini [28] della Divisione neuropsichiatrica dell'Ospedale « Ca' Granda ». Essi premettono alla loro indagine medico-sociale sul tentato suicidio (Ts) nella nostra città alcune considerazioni dalle quali stralcio:

Milano è in certo modo all'avanguardia del progresso economico e socio-culturale italiano... In quanto all'epoca in cui si è svolta la nostra inchiesta, si tratta del periodo di massima espansione economica, del cosiddetto boom industriale...

Cioè il periodo in cui il capitale industriale del nord italiano ha drenato, per le sue necessità di forza-lavoro, enormi correnti migratorie dal sud alle quali non aveva preparato alcuna forma di recettività oltre al posto in un cantiere o davanti a una macchina. Il rapporto tra suicidio e immigrazione è per l'appunto uno dei problemi indagati da Porta e Calderini. Riferirò ancora testualmente ciò che essi scrivono:

... in tema di immigrazione... sono soprattutto i primi tempi dopo l'arrivo a Milano che offrono incentivi allo sconforto o anche alla protesta: poiché sono questi i grandi moventi del Ts degli immigrati... Da questi dati emerge che entro un anno dall'arrivo a Milano circa una donna ogni 90 immigrate e un uomo ogni 200 compiono un Ts... Le meridionali sono caratterizzate dal basso livello socio-culturale: spesso analfabete o illetterate, viventi in abitazioni incongrue come baracche, cantine ecc., da poco tempo a Milano e disoccupate o addette a lavori non qualificati... Pare sia questa la categoria nella quale gioca con la massima importanza il trauma immigratorio come espressione di frustrazione e disadattamento economico e socio-culturale... Si può aggiungere che manca completamente, per la donna meridionale, come rimedio alla frustrazione, quella fuga nell'alcoolismo che è invece presente, se pur con frequenza abbastanza moderata, nel maschio immigrato [29].

Io mi fermo a questo orrore, signor presidente. Dirle di più, nei limiti di questa lettera, sulla patologia del capitale, sull'ammalare e morire di classe non ha più senso né scopo se questo non le basta, se lei ancora non ha capito.

Io non riuscirei oltre, ma forse altri potrebbero. Vorrei che fosse un contadino meridionale sopravissuto alla mortalità infantile della sua terra per perdere al nord qualche anno di vita adulta come manovale o come operaio. Uno che abbia saputo come certe malattie sono per i suoi figli ma non per quelli del suo padrone. Uno che abbia lasciato due dita sotto una pressa o si sia guadagnato un cancro della vescica. Uno che senta ogni giorno la tosse silocotica del suo vicino o veda la smorfia dell'ulcera sul volto del suo compagno. Uno che...

Questo uomo — se non si è ancora buttato all'alcoolismo e sua moglie dalla finestra — potrà spiegarle meglio di me, signor presidente, in che modo *la medicina del capitale gestisce per esso anche le malattie degli uomini.*

Naturalmente la medicina del capitale non potrebbe gestire la malattia se non anche il *malato, il medico e il loro rapporto*, secondo una coerente logica di classe.

Delle forme più vistose e violente di tale gestione, di quelle che hanno ormai tanta evidenza da emergere clamorosamente sulle pagine dei quotidiani e dei settimanali non farò più che un cenno: lei ed io viviamo nel loro mezzo, ne abbiamo uguale conoscenza anche se diverso giudizio.

Proprio nel centro di questa orgogliosa città, la loro urtante rappresentazione è quotidianamente rinnovata e topograficamente fissata là (ma non solo) dove quattro vie disegnano il perimetro del Policlinico milanese, annoverato tra quelli che costituiscono una « vergogna civile » [30] per decadenza, squallore, affollamento. Attorno a questo « ospitale » per poveri cristi con la mutua o senza, fanno fitta ed « aurea corona » una serie di case di cura o cliniche private che sono tutte nitore, comfort e buona accoglienza per coloro che possono. Apparentemente, soltanto la distanza fra due marciapiedi separa questi due mondi sanitari concentrici e pur lontanissimi. Di fatto non hanno quasi nulla in comune: non la *privacy* del malato che qui è protetta e là negata, non l'accesso dei congiunti che qui è aperto e là ristretto, non la gradevolezza dell'ambiente che qui è ornato e là spoglio, non la disponibilità del personale che qui è abbondante e là carente, non l'attenzione del medico *ad personam* che qui è rimunerato dovere ma là, quando sia, è singolare e commentata virtù.

Eppure, signor presidente, io vorrei che lei con me guardasse ben oltre queste cose — pur tutte significative e ciascuna intollerabile — per cercare il più autentico messaggio di una rappresentazione così appariscente, quasi didascalica, della discriminazione di classe fra uomini che nemmeno la stessa malattia può rendere uguali, per cogliere il senso profondo e clamante di questo paradossale accerchiamento — assediante o mendíco?

— che la medicina dei ricchi dispone e assiepa attorno a quella dei poveri.
Il paradosso rimanda a un altro e con esso si risolve: quei due mondi che non hanno base comune condividono le vette, quei dissonanti universi hanno un unico concertatore, quella distanza esigua e insuperabile c'è chi la attraversa ogni giorno: il grande clinico.
Ed è proprio lui, accademicamente e socialmente riconosciuto come massimo portatore dell'autorità diagnostica e della potestà terapeutica: è lui, termine condiviso, comune multiplo, ostensibile sintesi, a riaffermare l'unità del comando nell'ubiquità della presenza: *ubi Petrus ibi Ecclesia,* anche quella del capitale, signor presidente.
Ma non mi fraintenda ancora una volta: a me e a questo modesto sforzo di capire e di far capire, la dimensione venale della cosa non importa per nulla. Non interessa il guadagno, ma il ruolo del clinico: interessa mettere in chiaro che egli è chiamato nel mondo della medicina della classe dominante per quanto si suppone egli abbia di dottrina e pratica, di conoscenza ed esperienza, e poi mettere ancora in chiaro che tutte queste cose egli se le è date e dà e in vari modi le ha prese e prende ogni giorno nell'altro mondo: quello della classe subalterna.
Qua si fa la scienza medica, la lezione sul malato, l'esperimento clinico, il collaudo chirurgico; là, dietro le finestre dell'altro marciapiede, si attende che i frutti di tutto ciò siano portati ed offerti.

L'ospedale è la sede di un tacito contratto; ivi la borghesia accetta di prendersi cura dei poveri e i ricoverati offrono i loro corpi e la loro vita alla sperimentazione terapeutica, a modi di osservazione e metodi di trattamento dai quali i ricchi riotterranno il loro vantaggio [31].

Di quel tacito contratto il clinico è vigile notaio, di quel legato è lo scrupoloso esecutore. Illudendosi di essere signore egli serve il suo padrone due volte: quando si inchina alla classe del capitale e quando ne trasferisce e aggrava il comando sulla classe del lavoro. Quando — non importa se consapevolmente o no — realizza nel malato la massima e irrinunciabile esigenza del sistema: fare dell'uomo una cosa, della sua salute una merce, della sua vita un consumabile bene per la produzione di beni consumabili.
Fare di un uomo una cosa, reificarlo: io dico che questo è il compito accettato ed assolto dalla medicina del capitale che è poi questa; quella per cui lei è presidente dell'Ordine a Milano e Provincia. E lei apra tutti i procedimenti disciplinari che vuole ma prima mi segua brevemente in un cimitero di provincia, dove, per desiderio di una madre, ho assistito pochi giorni fa all'esumazione e all'autopsia del cadavere di suo figlio. Era un operaio, aveva 32 anni, una moglie e due bambini. Era anche donatore volontario di sangue, regolarmente tesserato. Una mattina di agosto, rientrando da un turno di notte in fabbrica, trovò una chiamata. Andò, diede cc 300 di sangue, tornò a casa e morì prima dell'alba. Morì dopo una giornata di malessere, per infarto del cuore. Ma fu un'ineluttabile disgrazia? Quell'uomo aveva un vizio cardiaco: una stenoinsufficienza mitralica accertata in altro tempo ed altrove. Basta un orecchio sul torace per fare la diagnosi: ma i medici dell'ente cui quell'operaio donava il suo sangue non gli avevano mai donato nemmeno una visita [32].
Ora io respingo da questo nostro discorso — perché non deve essere inquinata — ogni commozione per la sorte di quell'uomo e della sua famiglia. Così come dimetto — perché in questa sede irrilevante — qualsiasi considerazione sui servizi trasfusionali in genere e sui loro addetti. Dico soltanto che quell'operaio è morto perché il capitale e la sua medicina lo hanno usato come una cosa. Suo torto non averlo capito, suo torto la fiducia, suo torto l'altruismo: manifestazione autentica del desiderio di riaffermare la propria umanità.
Ma il processo di reificazione era già troppo avanzato, pur in lui così giovane: iniziato molti anni prima nella fabbrica dove « del macchinario si abusa per trasformare l'operaio stesso nella parte di una macchina parziale » [33], continuato fino all'ultimo giorno con l'inversione del tempo umano naturale « per l'esigenza degli impianti », ribadito da una medicina che gli aveva curato una endocardite reumatica senza renderglienе comprensibili le conseguenze, si è finalmente concluso nell'incontro con una « banca del sangue » dove egli è stato obiettivamente gestito come una cosa: una cosa, accorrente a richiesta e contenente circa cinque litri di sangue. AB Rh- sempre fresco per eventuali prelievi.
Il caso è estremo ed illuminante: quello che a lezione chiamiamo « un esempio » perché gli è sottesa una regola. E la regola ferrea del capitale è appunto questa: che l'uomo non è che una cosa necessaria a produrre altre cose. Il lavoratore è ramente l'uomo ad una dimensione: quella della forza-lavoro che può erogare e riprodurre. Fuori da questa dimensione non ha nome, cittadinanza, esistenza.
Pertanto se egli ne esce — perché malato — il sistema deve interessarsi a lui e prendere nei suoi confronti una di queste tre decisioni: escluderlo, negarlo, curarlo. Non se ne vede una quarta e già queste vanno attentamente ponderate, accuratamente eseguite: meglio affidarle a un braccio secolare di provata competenza e sudditanza quale è la medicina del capitale, momento di gestione della società nella specie dell'assistenza all'individuo. Suo primo compito è far tacere.

tutto ciò che, nella malattia, nonostante lo schermo della medicina protesta contro l'ordine sociale e dunque, nel suo farsi cosciente, lo minaccia.

Solo chi non abbia letto uno dei libri medici più importanti di questo dopoguerra [35] ignora che il modo più risolutivo per l'adempimento di tale compito è l'*esclusione* medica che nei manicomi, negli ospizi e altrove occulta lo scandalo della malattia e ratifica il fallimento del malato non solo come uomo, ma come cosa per altre cose. Nella misura in cui verrà perdendo ogni credito quale erogatore di forza-lavoro e quale elemento ordinabile di una macchina produttiva, egli sarà portato a quell'estrema reificazione che è non solo perdita della propria identità ma persino incertezza del proprio spazio.
La *negazione*, signor presidente, è più sottile ma certamente più usata dalla corrente medica, come primo dispositivo di gestione di quella sofferenza del malato che dovrebbe bastare al riconoscimento della sua autenticità di sofferente, alla ricerca di una risposta per l'appello dei suoi sintomi. Negando l'una e silenziando gli altri, il lavoratore che si ritiene malato è posto di fronte all'alternativa di riconoscersi sano o ingiustamente improduttivo. Naturalmente la medicina del capitale ha il soccorso della scienza per un'operazione di questo genere, cui occorre affermare l'« esistenza » della malattia, intorno alla quale ruota tuttora l'insegnamento medico impartito nelle nostre Facoltà. Se la malattia « esiste » il malato è colui che una o più malattie hanno colpito ed il sano è definito negativamente: come colui che non ha nessuna malattia. Se, dunque, questa è obiettivabile in quanto esiste, esiste solo in quanto è obiettivabile. Basterà l'osservanza non disinteressata di queste clausole per rendere plausibile la dieresi tra sintomi e malattia, tra dolore e danno, tra sofferenza e sofferente: onde la nascita — dal grembo di una medicina alienata — della figura del malato senza malattia, da restituire al dovere del suo lavoro ed al silenzio della sua protesta. Si afferma che sono sani tutti coloro che non sono malati, oltre ad un certo numero di malati che non sanno di essere sani mentre è vero che sono malati tutti coloro che non sono sani oltre a un certo numero di sani che non sanno di essere ammalati [36].
Ma la tradizionale distinzione tra malato « funzionale » ed « organico » [37] soccorre a restringere al secondo la credibilità della sofferenza, negata e respinta ove non presenti le credenziali della lesione. Sul malato « funzionale » — esemplarmente sull'operaio che si porta addosso l'usura di energie fisiche e psichiche prodotta dalla fatica e dalla nocività, dai tempi e dai ritmi, dalla ripetitività e dalla costrizione, dalla tensione e dalla monotonia di un lavoro disumanato — grava l'onere della prova: impari ad essere un « organico »!
Partendo da queste premesse, signor presidente, il capitale può arrivare a dire — con la voce autorevole della sua medicina

scientifica — che la disuguale distribuzione della patologia nelle classi sociali — documentata da una quantità impressionante di inoppugnabili dati dei quali qui solo una minuscola frazione è stata ricordata — non è da intendersi in termini di *malattia* ma in termini di *malessere*. Addirittura: la classe del lavoro non *sarebbe* ma *si sentirebbe* più malata di quella del capitale [38]. E ci crederebbe a tal punto da precederla sulla via del cimitero!

Per toglierla da così ingenuo errore la medicina del capitale ha escogitato il suo più recente marchingegno: una medicina predittiva gabbata per medicina preventiva. La diagnosi precoce, il *check-up*, gli *screenings* di laboratorio, i *tests* multifasici: tutte queste cose che vengono assordatamente propagandate e reclamizzate, ora anche alla classe lavoratrice, dall'unisonante *battage* della medicina e dell'industria, sono assolutamente inefficaci e inopportune per la tutela della salute [39]: semplicemente assumono, nella presunta e irrealizzata funzione di ricerca della malattia, la negazione della stessa a un più alto livello di razionalità e di gestibilità. La loro reale funzione è quella di tranquillante sociale, compiuta col *dépistage* di qualche « vero » malato ben organico (cancro, diabete, ecc., il cui destino resterà purtroppo immodificato) per dare agli innumerevoli altri la falsa rassicurazione necessaria al prolungamento nel tempo del loro possibile sfruttamento.

La vera medicina preventiva, signor presidente, l'unica che abbia senso e verità, non è quella che il capitale ci propone ma quella cui il capitale si oppone. E' la medicina che rintraccia le cause patogene e le elimina invece di trattenersi agli effetti e mascherarli con la finzione del loro riconoscimento precoce. Però se le cause sono nel modo di produzione, nella gestione sociale, nella costrizione di vita che il capitale ha imposto ed impone, potrà mai combattere contro di lui e per l'uomo la medicina che si è fatta mediatrice del suo comando sull'uomo?

D'altra parte io stesso ho concesso che questa medicina non si limita a escludere e a negare il malato: talora e tuttavia lo *cura*, dunque si siede accanto al suo letto ed è finalmente « dalla sua parte ». Non è vero, signor presidente. E negandolo non sollevo alcun dubbio sulla certezza soggettiva che il singolo medico può avere del suo ruolo filantropico, vissuto con dedizione e gratificato di riconoscenza. Ciò che voglio dire è ben altro. E' che per la medicina del capitale la *gestione curativa* del lavoratore è tutta rivolta alla conservazione in lui dell'identità attribuitagli dal sistema produttivo.

La « cosa » guastata deve essere riparata e restituita alla sua funzione. Questo è abbastanza ovvio. Un pò meno, ma più importante, è che nel processo la « cosa » non ridiventi uomo e come tale renda impossibile la restituzione anche se si è compiuta la riparazione. Pertanto deve essere mantenuta nel suo stato, con particolare e assidua vigilanza, durante tutto il tragitto sanitario percorso sul filo sottile di questo pericolo: che la « cosa » prenda coscienza, la malattia diventi imputazione e l'imputato sia il capitale stesso.

Curare vorrà allora dire, diagnosticamente, ridurre il malato alla sua malattia, la malattia alla sua localizzazione organica, l'organo malato al danno obiettivabile, il danno a un segno e il segno alla sua misura. Poi ripercorrere, terapeuticamente, il percorso inverso: la correzione del segno mistificata come eliminazione del danno, il silenzio dell'organo come sconfitta della malattia, l'obliterazione della malattia come restituzione della salute.

In questo processo, che si ripete ogni giorno negli ambulatori e nelle corsie, l'uomo fatto cosa è diventato cosa di un altro uomo: un padrone o un medico non fa differenza se la scienza del medico è quella del padrone.

Per il comando obbligante di questi, il medico gestisce il malato in un rapporto strettamente interindividuale del quale non a caso, signor presidente, gli Ordini difendono così strenuamente l'attributo privatistico. E' un rapporto del genere che deve creare intorno al malato la certezza della sua solitudine, nella quale la sua oggettuale consegna si rinnovi e si confermi. In quella solitudine, dove la sua storia è perduta nell'anamnesi, la sua soggettività può essere contestata dagli esami, e persino la sua individualità è spersonalizzata nella malattia, gli è insegnato a viversi come « caso », cioè ad alienarsi ancora come « cosa ».

Egli sarà solo con la sua paura e la sua speranza, il suo dolore e la sua « guarigione »: tanto più solo quanto più apparentemente assistito ma di fatto gestito, perché, insomma, egli non scopra che la sua malattia è nient'altro che la sua storia e che la storia non è delle cose ma degli uomini e che la storia degli uomini è quella delle loro lotte di classe e che solo nella vittoria della sua classe lui e i suoi compagni potranno avere salvezza e salute.

Questo è dunque il nucleo logico della gestione capitalistica del malato [40]: ad esso si coordinano tutti i momenti di tale gestione che passa per quella del farmaco, dell'ospedale, dei laboratori, delle mutue, etc. lungo una mappa di chiarissima ma qui esorbitante lettura cui questa collana si dedicherà effusamente nel seguito di quei volumi che ella non leggerà, signor presidente.

Tuttavia, che un altro medico legga queste righe e quelle pagine è mia viva speranza: perché lo aiutino a riconoscere il suo pericolo, respingere la sua condanna, affrontare la sua crisi. Ovunque egli operi — in una clinica universitaria, in un ospedale di provincia, in un quartiere operaio, in una condotta rurale — la medicina del capitale lo ha già raggiunto o lo raggiungerà perché non può fare a meno di lui.

Da lui il comando capitalistico che ha costretto al suo ordine la scienza e la medicina, il malato e la malattia, che ha ridotto l'uomo nel carcere dell'alienazione, esige che di questo carcere egli, medico, si faccia vigile custode [41].

Per questo gli ha insegnato ad *escludere*, a *negare* e a *gestire* l'altro uomo: perché tale è l'ipotesi realizzata di ogni prigione.

Ciò che affascina nelle prigioni è che per una volta il potere non si nasconde, non si maschera, anzi si mostra come tirannia portata ai più minuti dettagli con totale cinismo ma, nello stesso tempo, appare puro, interamente « giustificato » perché può formularsi interamente all'interno di una morale che inquadra il suo esercizio: la sua brutta tirannia si presenta allora come sereno dominio del Bene sul Male, dell'ordine sul disordine [42].

Così deve apparire soprattutto a chi, realizzandone il comando, ne è conculcato a sua volta: anche al medico, dunque.

A lui sono dati il vantaggio ed il potere, l'autorità ed il sapere. A lui, blandito con i miti della « missione » e della « libertà » professionale, è concesso dettare le clausole, fissare i codici del rapporto con il malato: suoi infatti ne sono il linguaggio ed il discorso, il luogo ed il tempo, la regola e la libertà. Di lui, soprattutto, è lusingata la soggettività di un atto che deve fare e confermare, nell'altro uomo, l'oggetto. E ciò soltanto perché — risolto il dubbio nella falsa coscienza, anestetizzato lo scrupolo nel profitto — egli non si avveda di essere un gestore a sua volta gestito.

Non si avveda che la sua volontà di curare il malato si estingue nel restituirlo alle cause della malattia, il suo desiderio di prevenire la malattia si esaurisce nella previsione di una sofferenza che comunque sarà, il suo proposito di assistere la sofferenza si spegne nella sedazione della sua protesta.

La sua è, dunque, una situazione di *crisi* come quella del malato della quale condivide la condanna e la salvezza.

Perché l'unica salvezza del medico è col malato che a lui la chiede.

Se saprà passare finalmente e veramente dalla sua parte, essere con lui nella lotta per il suo diritto di salute e di vita, rifondare con lui una scienza a sua misura ed una medicina al suo servizio, schierarsi, dunque, con le classi sfruttate contro quelle egemoni, con il lavoro contro il capitale.

Il giorno in cui i medici intenderanno la profonda politicità e la potenzialità liberatoria del loro lavoro, la medicina del capitale avrà cessato di esistere.

E con essa: un Ordine come questo, un presidente come lei ed il ricordo di entrambi.

Signor presidente, anche l'inquisizione può conoscere la grandezza e l'inquisitore vestirsi di maestà. Ma ella non me le ha ricordate.

Lo scarso spicilegio dei suoi detti [43] segnala — nel nome di un CENTRO DI DIFESA DIGNITÀ DEL MEDICO — la sua reinvenzione sanitaria dell'*officium inquisitionis haereticae pravitatis*, annovera alcuni *editti di fede* (non quelli di *grazia*, però), riferisce qualche *autodafè*, tenta pur troppo inanemente un *sermo generalis*. Ma non contiene traccia o memoria e nemmeno sospetto della teoresi inquisitiva di un Bernardo da Guido, della lucidità accusatoria di un Raimondo da Piñafont, del rigore folgorante e terribile di un Juan Ruiz de Mendoza!

Ah, signor presidente, io ora mi accomiato da lei ma per lei io sono preoccupato! Quando, ad una mia ingenua domanda, ella rispose di aver certezza della mia eresia perché presente nell'aula di Perugia ove parlai, io ebbi pena. Non tanto per il suo coraggio, mancato in quella sede all'epifania della sua persona e del suo pensiero — assolutamente muti ed ignoti alle cronache del convegno — quanto per il mio timore, volgentesi in certezza, che ella dell'inquisizione conosca solo le tentazioni ed i vizi, ma non i canoni e le procedure. Saprebbe, altrimenti, che la persecuzione dei *separantes se a communitate aliorum* li distingue non solo in *haeretici, qui in suo errore perdurant* (quale ella mi crede) e poi in *celatores, occultatoes, receptores, defensores, fautores et relapsi*, ma anche in *suspecti* (quale ella sprovvedutamente si dichiara) perché rei di aver ascoltato, senza manifestazione di dissenso e invocazione di esorcismi, un discorso eretico.

Come quello che apersi allora: come questo che qui chiudo? Non credo, signor presidente dell'Ordine dei Medici di Milano e Provincia, che il discorso indirizzatole da queste pagine sia da ritenersi eretico. Anche se ella lo intende tale dal suo retroverso punto di ascolto. Perché, di fatto, separa lei e non me *a communitate aliorum*, da quella comunità di compagni, di colleghi e di studenti cui ancora qui — ben oltre la trasparente irrilevanza che le è omonima — io mi sono convintamente rivolto.

Milano, ottobre 1972

NOTE

[1] Se ne trova una buona rassegna in A. Antonovsky, *Social class, life expectancy and overall mortality*, « Milbank Memorial Fund Quarterly », vol. XLV, 1967, pp. 31-73.

[2] « ... Possiamo illustrare la nostra affermazione ricordando ciò che accadde quando un transatlantico di lusso, inaffondabile, il Titanic, andò a cozzare contro un *iceberg* durante il viaggio inaugurale, nel 1912. In quella catastrofe, la classe sociale di ciascun passeggero fu uno dei fattori che determinarono se egli sarebbe annegato o sopravvissuto. La lista ufficiale delle vittime dimostrò che, su un totale di 143 viaggiatrici di prima classe, solo quattro perirono (delle quali tre avevano scelto volontariamente di rimanere sulla nave). Fra le viaggiatrici della seconda classe, le vittime furono 15 su 93 e nella terza classe 81 su 179 affondarono con la nave. I passeggeri della terza classe ricevettero l'ordine di rimanere sotto coperta ed in alcuni casi l'ordine fu fatto eseguire sotto la minaccia delle armi » (W. Lord, *A Night to Remember*, H. Holt & Co., New York 1955, p. 107, cit. da A.B. Hollingshead e F.C. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino 1965, p. 12).

[3] Chapin C.V., *Deaths among Taxpayers and Non-Taxpayers, Income Tax, Providence*, 1865, in « American Journal of Public Health », vol. XIV, 1924, pp. 645-651.

[4] Rowntree S.B., *Poverty and Progress: a second social survey of York*, Longmans, Green & Co., Londra 1941.

[5] Collins S.D., *Economic Status and Health*, U.S. Government Printing Office, Washington 1927.

[6] Cfr. Antonovsky A., *op. cit.*

[7] Per esempio, nel solo campo letterario, il debito di E. Zola a C. Bernard è appena uno dei pochi riconosciuti, tra i molti contratti.

[8] Cfr. Maccacaro G.A., Prefazione all'edizione italiana di M.H. Pappworth, *Cavie umane*, Feltrinelli, Milano 1971.

[9] Bryant J., *Health and the developing world*, Cornell University Press, Ithaca 1969.

[10] Rutstein D.D., *The coming revolution in medicine*, M.I.T. Press, Cambridge 1967.

[11] Rosenheim M., *Health in the world of tomorrow*, in « The Lancet », 1968, p. 821.

[12] Marx K., *Lineamenti fondamentali della critica dell'economia politica*, La Nuova Italia, Roma 1969-70, p. 593.

[13] Schiavuta E., *Ricerca scientifica e sviluppo capitalistico*, in « Contropiano », 1970, p. 285.

[14] « Official Records of the World Health Organization », n. 177, 1969 e « Chronicle of the World Health Organization », vol. XXIII, 1969, p. 513.

[15] Editoriale, in « The Lancet », 21 marzo 1970, p. 598.

[16] Gaglio M., *Medicina e Profitto*, Sapere Edizioni, Milano 1971.

[17] Hollingshead A.B., Redlich F.C., *op. cit.*, p. 205.

[18] Hollingshead A.B., Redlich F.C., *op. cit.*, p. 206.

[19] Hollingshead A.B., Redlich F.C., *op. cit.*, p. 215.

[20] Clemmesen J., *Statistical Studies in Aetiology of Malignant Neoplasm*, Munksgaard, Copenaghen 1964.

[21] « Il manifesto », 22 giugno 1972, p. 3.

[22] Antonovsky A., *Social class and the major cardiovascular diseases*, « Journal of Chronic Diseases », vol. XXI, 1968, pp. 65-106.

[23] Berlinguer G., *Medicina del lavoro* in *La salute nella fabbrica*, Edizioni Italia-URSS, Roma 1972, p. 32.

[24] Nel « Giorno » del 10 aprile 1968, a p. 4 si legge che lo stesso presidente dell'INAIL ha dichiarato all'agenzia Italia che il fenomeno (un milione e mezzo di casi all'anno, un morto per ogni ora lavorativa, un ferito ogni sei secondi) ha le dimensioni di una guerra.

[25] Terzian H., comunicazione personale.

[26] Se non ne è convinto (ed anche se lo è) legga uno dei migliori libri del 1972: Pacino D., *L'imbroglio ecologico,* Einaudi, Torino 1972.

[27] Basaglia Franca e Franco, Prefazione a Jones M., *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Kompass, Milano 1970.

[28] Porta V., Calderini G., *Indagine medico-sociale sul tentato suicidio* in *Suicidio e tentato suicidio in Italia*, Giuffrè, Milano 1967.

[29] Porta V., Calderini G., *op. cit.*, pp. 221 e 254.

[30] Cervi M., *Inchiesta sugli Ospedali*, in « Corriere della Sera », gennaio-marzo 1969.

[31] Questo libro, p. 7.

[32] Questo racconto è storicamente esatto: ne sono omessi nomi e dati perché sul fatto sta indagando la Procura della Repubblica di Lodi (Milano).

[33] Marx K., *Il Capitale*, Editori Riuniti, Roma 1970, vol. I, p. 466.

[34] Questo libro, p. 3.

[35] Basaglia F., (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.

[36] Maccacaro. G.A., *Elaborazione elettronica per la medicina preventiva*, in « A. b. d. c. e. », vol. III, 1968, p. 259.

[37] Solignac P., *Pour un nouveau médecin de famille*, Flammarion, Parigi 1970.

[38] Kadushin C., *Social Class and Experience of Ill Health*, in « Sociological Inquiry », vol. XXIV, 1964, p. 67.

[39] Maccacaro G.A., *Problemi di medicina preventiva*, in « A. b. d. c. e. », vol. VI, 1971, p. 1.

[43] Cfr. i numeri del 1972 del « Bollettino Ordine dei Medici Milano e Provincia », via Lanzone 31, Milano.

[40] Cfr. i primi due penetranti capitoli di Gaglio M., *op. cit.*

[41] Maccacaro G.A., *Neuropsicofarmacologia come repressione*, in « Note e Rassegne », vol. VIII, 1971, p. 73.

[42] Foucault M., *Les intellectuels et le pouvoir* (dibattito con G. Deleuze) in « Le Nouvel Observateur », 8 maggio 1972, p. 69.

Cavie Umane

Malattie indotte in bambini sani

« Il Giorno », 25 marzo 1971

Tra i vari aspetti di una medicina denaturata e di una Scienza ormai disumana, uno, particolarmente intollerabile e raccapricciante, consiste nella esecuzione deliberata e cosciente di esperimenti « scientifici » sull'uomo.
Giulio Maccacaro fu particolarmente sensibile a questa forma di violenza che se scaturisce spontaneamente dall'organizzazione classista capitalista non per questo è meno tragica: lo dimostrò in innumerevoli occasioni, pubbliche e private, nei discorsi e negli scritti.
Furono anzi forse questi i suoi atti che ebbero più risonanza ed hanno più naturalmente raggiunto, per restarvi la coscienza popolare: lo scontro televisivo con il professor Carlo Sirtori; le denuncie nominali sulla stampa d'informazione, come quelle pubblicate in queste pagine; alcuni interventi a Congressi come quello, memorabile, alla IV riunione della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia a Bologna, nel 1971.
Quel che caratterizzò in modo più incisivo e determinante questi gesti, fu il coraggio fisico con cui vennero condotti: presentarsi in un luogo, sconvolgere un rito attento ad altre celebrazioni e obbligare le coscienze dei presenti e quelle dei singoli protagonisti a rispondere di precisi reati, che non erano meramente riconducibili ad un numero di codice e come tali, indennizzabili o derubricabili per naturale decadimento.
Il vero reato che feriva Giulio Maccacaro era il servilismo acritico verso il potere, l'ottusa ossequienza ai meccanismi del profitto, la colpevole complicità di chi, pur avvertendone gli estremi, finge di non capire e l'ipocrisia di chi invoca l'Istituzione, pur sapendola corrotta, per nascondere le proprie mancanze di singolo.

C'è qualche motivo per credere che in Italia la sperimentazione clinica sia condotta con maggior rispetto per l'uomo che altrove? Vorrei rispondere con i risultati di un'indagine ampia e sistematica che è ancora da compiere: lo farà, forse, qualche studente coraggioso preparando la sua tesi di laurea su questo argomento. Ora posso soltanto rivolgermi alla memoria di quanto so e sono in grado di documentare. Lo spazio disponibile mi costringe alla citazione di pochi esempi tra i molti possibili in un ambito a sua volta limitato: quello degli esperimenti condotti su bambini. Ne ricordo uno compiuto presso l'Istituto di igiene e la Clinica pediatrica dell'Università di Pisa. Gli autori, G. Santopadre e L. Poli, erano curiosi di sapere se alcuni tipi di un microbo, l'« Escherichia coli », possono produrre enteriti nei bambini. « I nostri studi — essi scrivono sulla Rivista dell'Istituto Sieroterapico Italiano, '54, p. 493 — sono stati condotti su soggetti affetti da gravi alterazioni cerebropatiche e, successivamente, anche su bambini sani e convalescenti ». A questi bambini — dell'ospizio della clinica — Santopadre e Poli hanno fatto ingoiare culture di germi « noti come capaci di accompagnarsi ad episodi acuti di gastroenterite » per poi vedere cosa succedeva agli sventurati.
Ricordo anche i quattordici bambini « ricoverati per affezioni acute banali » cui i medici S. Nordio, E. Bertolotti, L. Vignolo, G. Vignola e A. Berio della Clinica pediatrica dell'Università di Genova strappavano — per loro esclusivi interessi di studio ma non per giovare ai piccoli pazienti — un pezzetto di mucosa intestinale mediante uno speciale tubo infilato in bocca. I nominati medici lamentano che « la difficoltà maggiore consiste nel superare il piloro » (Minerva Pediatrica, 1966, p. 707). Per analogia, mi tornano alla mente i bambini sui quali G.C. Mussa, M. Martini Mauri e D. Bacalli della Clinica pediatrica di Torino hanno studiato l'impiego della scintigrafia per la diagnosi delle affezioni cerebrali (Minerva Pediatrica, 1969, p. 1264). Questa tecnica implica la iniezione endovenosa o direttamente endocranica di sostanze radioattive che, una volta localizzatesi nel sistema nervoso, permettano « la registrazione grafica dall'esterno della radioattività emessa » dal cervello. I medici torinesi che usano « una siringa blindata per proteggere le mani dalle radiazioni » eseguono le loro prove in dieci bambini idrocefalici ma anche « in bambini sani di entrambi i sessi di età compresa tra i 10 giorni e i 2 anni » per i quali l'iniezione di sostanze radioattive nel cervello è certamente inutile e potenzialmente dannosa.
Assolutamente dannosa è la allergia al dicromato di potassio ed altre sostanze che la C.L. Meneghini e collaboratori — prima nella Clinica dermatologa dell'Università di Milano e poi in quella dell'Università di Bari — hanno cercato di indurre, spesso riuscendoci, in numerosi soggetti umani tra i quali anche bambini di età tra 1 e 4 anni: una vera e propria malattia prodotta deliberatamente e destinata a durare tutta la vita. Cito da Minerva Medica, 1968, p. 1420: « Il più frequente elemento eczematogeno è certamente il dicromato potassico e questo sale si trova in molti prodotti industriali e dell'uso comune ». Quando in un lavoratore « si è prodotta un'allergia per contatto di dicromati si forma uno stato d'inabilità professionale perché il semplice contatto anche con tracce di tale sale provoca inevitabilmente una recidiva dell'eczema dopo qualche ora o qualche giorno, senza alcuna possibilità di protezione per mezzo di guanti o di pomate; questo stato di sensibilità una volta acquisito dura poi per

Era ed è praticamente impossibile vigilare su tutti gli innumerevoli aspetti della violenza « sperimentale », clinica o farmacologica, semeiotica o terapeutica, che possono verificarsi in uno qualunque dei luoghi ove la medicina viene esercitata. Così come è impossibile operare una scelta quantitativa e intervenire solo là dove il limite infranto è grossolano quanto vistoso. E' chiaro, dunque, che gli interventi che Giulio Maccacaro scelse erano quelli cui voleva attribuire un valore esemplare o dai quali egli stesso fu colpito, come dai paradigmi o dagli automatismi di una mostruosità che, creata dalla Scienza del Capitale, si nutre d'uomini ed è perpetuata da altri uomini.

Sono casi in cui le cavie erano bambini, i più indifesi e i più violentati da un sistema sociale che tende a utilizzare le minoranze e gli emarginati come scorie di un processo produttivo di dimensioni planetarie. Cavie docili, disarmate e silenti. Risultati pubblicati su riviste specializzate con tutti i dettagli e le precisazioni che la liturgia scientifica pretende per riconoscere le verità. Il parvenutismo di chi si dà la patente di scienziato eseguendo la caricatura di una ricerca, che non è altro che un collaudo violento di farmaci o la priorità nella descrizione di un particolare.

Il risultato di questi sforzi fu modesto: forse trattenne qualche mano dall'eseguire iniezioni criminali o risparmiò qualche sofferenza a un piccolo malato, ma a livello delle istituzioni, la reazione fu praticamente nulla.

E poiché egli non aveva bisogno di dimostrarlo a se stesso, anche questo silenzio fa parte dell'esempio.

Marco Margnelli

Cavie Umane

Cala un silenzio gravido d'accuse

« Il Giorno », 13 maggio 1971

Due mesi fa un libro intitolato « Cavie Umane » — autore M. Pappworth, editore Feltrinelli — insieme a una pagina de « Il Giorno » dedicata a un dibattito sull'uso dell'uomo sano e malato come oggetto di esperimento ponevano tale problema all'attenzione dell'opinione pubblica. Ne sono seguite reazioni vivaci e molteplici: dalla stampa quotidiana e da quella periodica, dalla radio e dalla televisione, da privati cittadini e da pubbliche amministrazioni, da parlamentari e da ministri. Prima che esse si stemperino completamente nella solita stanchezza dell'attenzione, vale forse la pena di tentarne un sommario bilancio. « Il Giorno » ha pubblicato alcune lettere pervenutegli: altre sono giunte a me e resteranno private secondo l'intenzione di chi le ha scritte. Ma di quelle lettere, dichiarazioni o notizie che sembrava più giusto attendere, alcune non sono giunte.

Sono un professore nella facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Milano: come tale ho alcune decine di colleghi in questa sede e molte centinaia in Italia. Chi mi ha scritto tra i cattedratici, è un fisico: il professor Marcello Ceccarelli dell'Università di Bologna, illustre e caro amico. Naturalmente non è della mia corrispondenza

sempre o per un tempo imprevedibile. E esattamente quello che i dermatologi di Milano e di Bari hanno voluto indurre, per i loro studi, in soggetti che non l'avevano (Giornale Italiano di Dermatologia, 1956, p. 399 e molte altre successive pubblicazioni).

Carlo Sirtori, direttore generale dell'Istituto Gaslini di Genova, non è secondo né a loro né ad altri quando decide di « usare » i bambini ricoverati nelle cliniche universitarie convenzionate e ospitate dal Gaslini. Un bel giorno egli sente l'urgenza di fotografare il virus dell'epatite virale. Allora prende 3 bimbi — S.P. femmina, anni 2; D.L. femmina, anni 3; C.T. maschio, anni 8 — ricoverati al Gaslini per questa grave malattia e a ciascuno, perforando l'addome asporta un pezzetto di fegato da guardare al microscopio elettronico. Per essere più sicuro di riuscire nell'intento — racconta C. Sirtori su « Gazzetta Sanitaria », 1970, p. 266, da lui diretta — « ero ricorso a un espediente farmacologico: prima della bipsia somministrai ai primi due bimbi 8 milligrammi per chilogrammo di peso al giorno di azatioprina per tre giorni e al terzo bimbo per cinque giorni... L'azatioprina poteva, nel nostro caso, ridurre i poteri immunitari... e rendere pertanto più agevola la maturazione del virus ».

Ripeto per il profano di cose mediche: tre bambini vengono ricoverati nella clinica genovese perché il loro fegato è infettato da un virus non di rado letale; non c'è farmaco per questa malattia: la cura consiste nel proteggere il fegato da altre cause lesive e favorire contemporaneamente lo svilupparsi di quelle difese naturali — cioè immunitarie — che sole possono portare a guarigione. Invece Sirtori fa somministrare ai tre bimbi del Gaslini una sostanza che paralizzi tali difese perché il virus possa svilupparsi più rigogliosamente nel fegato e sia più facile fotografarlo in quel pezzetto dello stesso fegato che egli strapperà tre o cinque giorni dopo.

E' chiaro che nessuna di queste operazioni configura il più piccolo vantaggio terapeutico o diagnostico, anzi un gravissimo rischio per: S.P. femmina, anni 2; D.L. femmina, anni 3; C.T. maschio, anni 8. Ma Sirtori assicura che più tardi i tre bimbi sono guariti. Se fossero morti ne avremmo mai letto la storia scritta da lui e da lui conclusa con queste incredibili parole: « per un traguardo che trasforma l'ambizione in virtù »?

che mette conto parlare. Mette conto sottolineare come nessuna facoltà medica — mi riferisco soprattutto a quelle che sembrano portare pesanti responsabilità in loro membri autorevoli e rinomate istituzioni — abbia aperto un dibattito o, quanto meno, un'auto-interrogazione su quei fatti di documentata gravità che sono ormai davanti agli occhi di tutti.

Se le facoltà fossero ancora sodalizi di uomini dediti all'insegnamento, allo studio e alla ricerca, avrebbero conservato abbastanza sensibilità per rendersi conto che un problema come quello della sperimentazione nell'uomo — che ha turbato e turba i cittadini — le coinvolge tutte e totalmente. Se questi corpi accademici non fossero ormai che stanche retroguardie di un sistema cui si sono perfettamente integrati, sentirebbero il bisogno di scegliere tra il rifiuto di accuse insopportabili e la rinuncia a metodi ingiustificabili. Il preside della facoltà usa consegnare a ogni studente che si laurea, nel momento della proclamazione, un cartoncino recante il giuramento di Ippocrate. E' forse prossimo il giorno in cui il suo gesto rimarrà a mezz'aria perché una mano chiusa si rifiuterà di incontrarsai con la sua?

Cosa fanno gli Ordini dei medici?

Sono anche — pur avendo rinunciato a ogni attività professionale — un iscritto all'Ordine dei medici: come tale ho qualche migliaio di colleghi in questa provincia e circa ottantamila nel resto d'Italia. Il problema in discussione li riguarda tutti: riguarda gli Ordini che li rappresentano e che hanno come compito di « garantire tecnicamente e moralmente il regolare e buon esercizio della professione ». Ma non risulta che alcun Ordine dei medici — segnatamente quelli di Milano, Torino, Genova, Pisa e Bari — abbia iniziato qualsiasi indagine. Eppure ne esiste abbondante materia perché i casi sono due: o un collega ne ha infondatamente discreditati altri e merita adeguate sanzioni oppure gli altri hanno commesso azioni tali da discreditare in se stessi la professione di cui l'Ordine è tutore.

Sono ancora un cittadino della Repubblica italiana: come tale ho una cinquantina di milioni di colleghi che credono, forse più di me, in una magistratura attenta e sicura nella custodia dei loro diritti, serena e severa nel perseguirne gli offensori. Ebbene: nel Paese si scrive e si parla di bambini usati come cavie, si indicano nominativamente persone e istituti, si citano documenti e fonti, si levano voci di preoccupazione e di protesta, ma la magistratura non ode e se ode non sente e se sente non crede di dover intervenire per far luce sui fatti. Si limita a ricevere i risultati di una inchiesta ministeriale inspiegabilmente ristretta a un solo caso tra i molti venuti a evidenza.

Medicina figlia della società

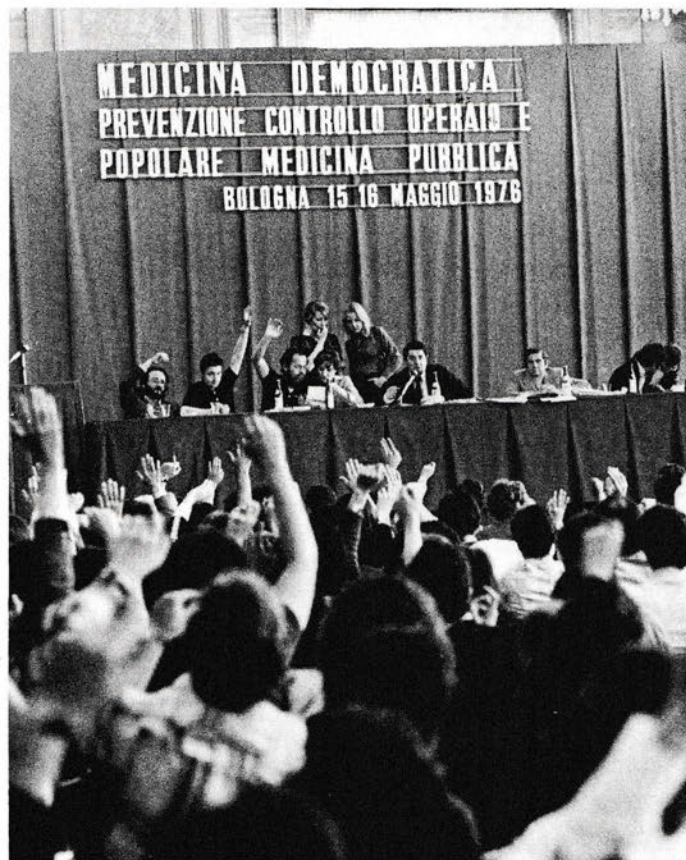
Consigli di facoltà, Ordini dei medici, Procure della Repubblica: cosa significa il loro greve silenzio, la loro apatica inerzia? Scrivevo, nella prefazione al libro di Pappworth: « Il problema della sperimentazione nell'uomo non ha una soluzione autonoma perché problema autonomo non è: nella piccola concavità del suo specchio si raccoglie tutta l'immagine di una medicina che non sceglie il suo rapporto con l'uomo perché l'ha già scelto per lei la società che la esprime... Nel quadro di questo rapporto si iscrivono allora quelle forme deteriori della sperimentazione nell'uomo così ampiamente ed efficacemente documentate da Pappworth (e ora anche nel nostro Paese): mancata richiesta di consenso, incoerenza tra oggetto dell'esperimento e malattia del paziente, esposizione di questo a rischi non giustificati dalle esigenze di diagnosi e di terapia, occultamento delle responsabilità, deliberata induzione di malattie o stati morbosi, assenza di protezione e di risarcimento, abuso di minori e di minorati, eccetera. Sono aberrazioni cui l'analisi che abbiamo cercato di delineare non toglie certo ripugnanza ma aggiunge l'attributo, non meno sinistro, di logica consequenzialità a individuate premesse. Imputarle interamente alla responsabilità dei singoli sarebbe un modo, probabilmente il migliore, per assolvere il sistema — prima di tutto medico ma poi sociale e finalmente politico — che le ha determinate ».

Ebbene, quando formulavo questo amaro giudizio non immaginavo che avrebbe avuto dai fatti anche più amara conferma. E' vero: I Consigli regio[n]li della Lombardia e della Liguria h[an]no discusso il problema deplorando [al]cuni responsabili; un deputato, ha p[re]sentato un'interpellanza, tuttora ine[va]sa, al ministero della Sanità. Ma q[ue]sti, solidalmente con il ministro de[lla] Pubblica Istruzione, non ha dimost[ra]to alcun interesse per almeno cinq[ue] dei sei casi emersi, operando un'inc[re]dibile discriminazione. E le istituzio[ni] più direttamente interessate — accad[e]miche, professionali e giudiziarie — queste istituzioni al cui rispetto sian[o] continuamente richiamati, hanno da[to] chiara prova di non avere più né rifl[es]si né spiriti: almeno quando si trat[ta] di corrispondere alla fiducia di chi d[e]ve loro affidarsi pur sempre.

Forse la lezione dei fatti è proprio qu[e]sta: non è più possibile né ammissib[i]le una medicina organizzata, esercita[ta] e insegnata per delega ai tecnici, fu[ori] dal diretto controllo di coloro cui e[s]sa deve servire. Nessun Servizio sanit[a]rio nazionale avrà alcun valore e cre[di]bilità — quali ne siano le formule [e] gli apparati, le strutture e i regolame[n]ti — se non sarà costruito intorno [a] questo principio realizzato oltre c[he] predicato: la sua gestione integrale [e] immediata nelle mani dei lavorato[ri]. Questo è anche il pensiero di chi [mi] ha scritto consentendo. Altri, altrov[e,] mi ha rimproverato per aver critica[to] pubblicamente il nostro sistema me[di]co e alcuni suoi uomini. Mi si conse[n]ta di rispondere con un'altra citazi[o]ne: « L'assolvimento del dovere d[el] dissenso è complicato dalla tenden[za] a temere una critica seria. In astrat[to] noi celebriamo la libertà di pensie[ro] in quanto parte della nostra liturgi[a,] ma quando qualcuno si prova a eser[ci]tare tale libertà, gli altri se ne scand[a]lizzano. Nessuno mai, ovviamente, [si] sogna di criticare il diritto al disse[n]so: è sempre il caso particolare, [il] suo esercizio nelle circostanze particol[a]ri in un particolare momento, o mo[do] o sede, a gettare gli altri nella p[re]cupa costernazione... Ricordiamoci se[m]pre che la miglior dimostrazione di d[e]vozione non è quella offerta all'istit[u]zione così com'è, ma al concetto [di] quello che vorremmo che fosse ».

Non sono pensieri dal « libretto ro[s]so », ma da un'opera di J.W. Fulbr[i]ght intitolata « L'arroganza del pot[e]re ».

Relazione al convegno costitutivo di Medicina Democratica

tenuto a Bologna il 15-16 maggio 1976, pubblicata su « Medicina Democratica », n. 2

Diceva Giulio A. Maccacaro in un passo della sua relazione Classe e salute *(Firenze 9-10 novembre 1973,* La salute in fabbrica, *Vol. I, Savelli, Roma 1974, p. 32): « La Classe Operaia è sempre stata troppo ' pensata ', da chi ha finito per sorprendersi di trovarla così vigorosamente, originalmente, lucidamente ' pensante ' sul finire degli anni '60. Oggi si può e si deve puntare su tutte le forme di appropriazione e di autogestione che possano mettere la classe a soggetto di una lotta per la salute che non cessi mai di essere, in quanto tale, una lotta contro il sistema. E' falso il dilemma che viene proposto alla Classe Operaia: o le conquiste oggi o la rivoluzione un'altra volta. Per la Classe Operaia contano quelle conquiste che fanno parte di una strategia per la rivoluzione, perché ciascuna di esse — se, oltre il suo valore attuale, non fosse anche un acceleratore del processo di crisi strutturale del sistema capitalistico — sarebbe soltanto apparente e, alla fine, perdente ».*

Il lavoro svolto da Giulio nel Movimento per la costruzione di « Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute » e la relazione introduttiva tenuta da lui al Congresso di fondazione il 15-16 marzo 1976 a Bologna rappresentano, nella lotta con gli sfruttati per la salute, un contributo tangibile di teoria-prassi e prassi-teoria praticato senza soluzione di continuità e un arricchimento dell'analisi, elaborazione e proposta politica del Movimento.

La relazione e l'impegno di Giulio al Convegno sulla salute del 1973 a Firenze, li abbiamo ricordati, al di là del lavoro politico e scientifico da lui svolto nel movimento in questo ambito, perché sono momento e contributo importante nel processo di costruzione di « Medicina Democratica ». Basti ricordare un passo della mozione conclusiva del Convegno a cui Giulio aveva lavorato: « Il Convegno avverte l'esigenza e l'urgenza di un profondo e stretto collegamento, unitario e aperto, *fra tutte le forze di classe impegnate nella lotta per la salute. Conseguentemente decide di dar vita a un coordinamento nazionale tra tali forze, che abbia carattere provvisorio e aperto,... ».*

Noi Compagni della Montedison di Castellanza, che fra le iniziative e le lotte condotte nel Movimento con Giulio, abbiamo partecipato direttamente con lui a quello che nella relazione viene ricordato come « quel memorabile convegno sulla salute » e alla costruzione di « Medicina Democratica Movimento di lotta per la salute », pensiamo che anche questo lavoro vada visto nel contesto più generale dell'opera di Giulio in modo da poterne cogliere la reale portata politica e scientifica.

Infine, vogliamo sottolineare aspetti che i più tendono a dimenticare perché personali o personalizzanti dell'opera di Giulio, ma che noi consideriamo non secondari per conoscere e capire il suo lavoro. Ci riferiamo alla sua profonda umanità, al suo entusiasmo e al suo assoluto disinteresse: lavorava non per la sua persona ma CON la classe, si trovava a suo agio in essa, vivendo in prima persona i suoi problemi, le sue lotte, le sue difficoltà e contraddizioni, continuamente mettendo in discussione se stesso e il suo lavoro, costruendo con i molti e per i molti una scienza perché l'uomo sia più libero, antagonistica a quella del capitale strumento di oppressione, malattia e morte.

Luigi Mara, Agostino Lepori, Franco Colombo, Aris Rebellato, Gerardo Faraone, Giuseppe Gabrieletto, G. Piero Galli, Ernesto Restelli, Angelo Cova, Renzo Maran, G. Battista Crosta

In nessuna delle altre occasioni — accademiche, scientifiche o politiche — in cui ebbi il compito di svolgere una relazione introduttiva, ho sentito su di me pesare tanta responsabilità e dentro di me vibrare tanta emozione.

Perché siamo convenuti qui affinché qualcosa che supera ogni nostra persona nasca, viva e cresca: qualcosa che abbiamo sentito prima esprimersi come speranza progettuale e poi urgere come volontà perentoria da un sempre più largo, diffuso, articolato, motivato comando di base: la costituzione di « *Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute* ». E poiché ogni comando di base, quando spontaneo e autentico come questo, non è oblazione ai vertici ma volontà di partecipazione, noi siamo qui per obbedirgli con tutta la lealtà, la dedizione e lo spirito unitario di cui siamo capaci.

Siamo qui noi ma non per noi, compagni ma per altri compagni, tanti ma per i ben più tanti che attendono da Medicina Democratica non solo un messaggio responsabile ma anche un'azione efficace per la salute e la integrità di chi è oggetto di sfruttamento, emarginazione e repressione, onde questi ne emerga con tutto il suo diritto e la sua capacità di porsi quale soggetto politico primario.

Infine, siamo qui anche per gli altri — per gli amici che ci osservano e ci interrogano, per i nemici che ci temono ma non ci sfidano — ed a tutti e con tutti vogliamo fare chiarezza.

Vogliamo dire, anzitutto, « perché ora » e « perché così » si apre il convegno costitutivo di Medicina Democratica. Questa è un'ora di crisi profonda del nostro paese: crisi economica, politica ed istituzionale. Una crisi che non ci è affatto oscura nelle sue cause e ci è ben chiara nei suoi effetti.

Per quanto riguarda le cause essa nasce da:

1) la dipendenza diretta e indiretta dal comando imperialista che — attraverso il sistema delle multinazionali il cui potere non riconosce più né i confini politico-geografici né quelli di regime — aspira dai paesi subalterni capitali e profitti esportandovi continuamente le sue contraddizioni, le sue crisi e costringendoli a pagare il costo umano, ambientale ed economico del suo sfruttamento di rapina: fin dove e fin quando il rischio politico non supera il prelievo effettuato. Oltre questo limite abbiamo conosciuto altrove e abbiamo sentito incombere su di noi le soluzioni più violente. Oggi sentiamo che altre ci minacciano: ma non tutti hanno chiaro che il golpe tecnocratico verso il quale qualcuno vorrebbe avviare l'Italia è diverso da quello militare soltanto per l'uso della divisa.

2) La inadeguatezza storica del capitalismo italiano che, incapace di sviluppare persino il modello di impresa e il sistema di investimento già praticati da altre società e in altre economie del secolo scorso, si è trattenuto ancora in questo dopoguerra alla pigra avidità della rendita parassitaria, scaricando nel finanziamento di Stato tutta la sua avidità di profitto e speculando non sulle sue capacità imprenditoriali ma su un selvaggio prelievo di plusvalore dalla forza lavoro.

3) La indegnità criminosa della dirigenza democristiana e satellite che, dietro lo schermo scientemente artefatto e mistificante dell'interclassismo, non ha saputo per sei lustri esprimere alcun esercizio di governo ma solo gestione di un potere delegato dai gruppi del più arrogante e ottuso privilegio: di classe, di casta e di arma, di corpi separati e di corruttori riuniti, contro i lavoratori e le loro organizzazioni. Questo per le cause.

Per quanto riguarda gli effetti, la stessa crisi:

1) produce un deterioramento delle condizioni di vita e di lavoro della classe operaia e delle masse popolari, attraverso la perdita di potere d'acquisto dei salari, la precarietà dell'occupazione; la insufficienza della casa, l'impoverimento della vita;

2) determina un obiettivo decadimento di salute attraverso la intensificazione dello sfruttamento, la diffusione del lavoro nero, il conseguente incremento della nocività, il deterioramento delle strutture socio-sanitarie;

3) rinvia, (ancorché pretestuosamente, se si pone mente alla volontà negativa manifestatasi in congiunture di altro segno) ogni ipotesi credibile di riforma dell'assetto sanitario del paese che sia intesa al benessere della collettività e non, come avviene alla speculazione, statalmente partecipata o mutualisticamente mediata, del capitale finanziario, industriale e farmaceutico.

Se queste note sono del tutto inadeguate per un discorso, anzi *non sono intese come* un discorso sulla crisi che stiamo vivendo, però bastano a riaffermare che questa crisi non è affatto, (come nessuna è mai) complessiva, interclassista, accomunante, egualitaria: non è affatto una catastrofe che si abbatte quale un'oscura calamità naturale su un intero paese: questo o altri che sia. Ma è un ulteriore aggressione di cui sono identificabili i mandanti e gli esecutori, i destinatari e le vittime: è l'aggressione più dura sferrata dal padronato nazionale e internazionale contro la classe lavoratrice italiana, come quella più politicamente matura e organizzata, creativa e combattiva, nel sistema di controllo e di egemonia dell'imperialismo capitalista.

Questa aggressione, anche se ha forme più manifeste di incidenza politica ed economica, per ciò stesso va oltre e colpisce pesantemente, come ho appena accennato, in tutto ciò che è « salute » individuale e collettiva aggravando le minacce, moltiplicando le offese, disarmando le difese.

Questo ho detto come breve premessa per sottolineare che la nascita « *ora* » di « Medicina Democratica » non è casuale né coincidentale, ma sembra a noi dettata da una precisa tempestività in rapporto e alla gravità della situazione già presente *e* all'importanza della consultazione già imminente.

Ma questa affermazione, che credo condivisa da tutti i compagni, resterebbe una premessa incompiuta ove non fosse subito detto e chiarito che Medicina Democratica sarebbe nata *ora ed ormai* anche se questa crisi non fosse stata; anche se questa congiuntura non si fosse data.

La gestazione del nostro movimento è più lunga e complessa, se ne possono rintracciare antecedenti e premesse su un arco di tempo assai lungo; ma certamente non è scorretto ritenere decisive e significative le lotte studentesche e operaie degli ultimi anni '60 e dei successivi.

Da allora sono venuti maturando e affrontandosi due processi di enorme portata e di opposto segno: *La medicalizzazione della politica* e la *politicizzazione della medicina*: la prima come scelta della classe del capitale, la seconda come scelta della classe del lavoro.

Ne parleremo ancora quando il movimento vorrà veramente approfondire l'analisi di questi processi e il senso di questi termini, ormai entrati e discussi nel dibattito internazionale.

Ne parlammo già in quel memorabile convegno sulla salute che si svolse a Firenze nel 1973 e le individuammo allora come linee di uno scontro entro il quale ognuno avrebbe dovuto fare presto la sua scelta. Cosicché ora sarebbe abbastanza semplice dire che, nella chiarezza e nella crudezza di quello scontro, « Medicina Democratica » *è la nostra scelta* e che perché questa scelta si compisse e diventasse premessa di *un* movimento *nel* movimento era naturale giungere alla costituzione di Medicina Democratica.

Sarebbe semplice ma sarebbe insufficiente. Dobbiamo sviluppare qualche riflessione ulteriore che ci permetta di individuare — e naturalmente discutere — una linea chiara e ferma che attraversi i principali problemi in cui si articola la lotta per la salute e quindi l'impegno di Medicina Democratica: una linea che di volta in volta, di problema in problema, misuri la coerenza delle nostre scelte, confermi la solidarietà del nostro impegno, individui la chiarezza dei nostri obiettivi (quella chiarezza che sola può far giustizia di ogni residuo settarismo e di qualsiasi sopraggiungente parocchialità).

Dobbiamo anzitutto riflettere sul concetto di salute per dire subito che non hanno qui molto rilievo, perché ci sono semplicemente ovvie, le definizioni di salute individuale, ancorché autorevolmente formulate come quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Naturalmente — ma anche questo è ovvio — ognuno di noi è impegnato, come operatore sanitario o come compagno di milizia o come membro della collettività, al soccorso più efficace, alla dedizione più generosa per la liberazione dell'altro dalla sofferenza comunque vissuta, per la promozione del suo benessere psichico e fisico comunque personalizzato. Ma il nostro pensiero e la nostra azione si impegnano ben oltre: su quella salute che va privilegiata nella sua dimensione collettiva e cui occorrono, quindi, una dottrina e una pratica politica.

Si tratta, cioè, di affermare oggi — come non fu mai in passato — la centralità della lotta per la salute nello scontro di classe. E l'esattezza di questa affermazione — assolutamente generalizzabile ad ogni ambito sociale — appare con lampante evidenza nella realtà della fabbrica riverberando da questa su tutto il territorio. La fabbrica infatti è, non solo il luogo dove si realizzano insieme ed in massimo grado la concentrazione della nocività e la spoliazione di salute — quale estremo e preciso portato di una scienza lungamente votatasi, nel comando borghese, alla organizzazione detta, appunto, « scientifica » del lavoro ma è ancora il luogo dove il movimento operaio ha chiarito a sé e agli altri che la *lotta collettiva* per la *salute collettiva* investe tutto il modo di produzione e lo contesta proprio in ciò di cui è più geloso: la sua falsa — o deviata — razionalità. Quella razionalità asservita quanto più si dichiara oggettiva, che ne alimenta e vorrebbe legittimarne la pretesa a porsi come modello per la gestione della società in tutte le sue articolazioni: dalla struttura urbana all'organizzazione dei servizi, dalla scansione dei tempi al dettato dei consumi, dalla scuola e per ogni altro dove sociale fino alla sanità: recuperando, infine, da *questa* sanità modi e strumenti, per dare una risposta preformata e normalizzante, quindi contenitiva ed infine repressiva, ad una domanda che nasce da un malessere classificato come patologico ma autenticamente esistenziale (sociale).

E' il controllo sociale che cerca di rinchiudere un problema di relazione, cioè strutturale, nella malattia dell'individuo, cioè accidentale, per separare il lavoratore dalla sua classe e la classe dalla sua coscienza.

A questa luce che ci viene di là, dalla fabbrica, dove è più chiaro e più duro il confronto tra capitale e lavoro, dove il movimento operaio ha combattutto per la sua e per l'altrui liberazione — come sentiremo tra poco nel discorso di reali avanguardie — *la salute collettiva va intesa per quel-*

lo che è e che conta: *valore totalizzante di altri valori, assunzione in una lotta di altre lotte*, affermazione nella pratica di una corretta priorità politica. La salute collettiva non è, quindi, soltanto la somma di benesseri individuali né di individuali riscatti dalla malattia, proprio perché identifica nel privato del benessere e nel malessere del sociale i disvalori che la contraddicono.
Su questo primo punto — sulla salute collettiva come condizione e sostanza di quella individuale — Medicina Democratica non lascia spazio ad equivoci teorici e ne deriva precise indicazioni pratiche. Se in una occasione ulteriore la nostra analisi avrà ulteriore ampiezza ed approfondimento, già ora ci è dato, per coerenza alla premessa, dichiarare *il nostro impegno*, globalmente politico e specificatamente sanitario, *contro*:
1) la ristrutturazione e le nuove forme di organizzazione capitalistica del lavoro e della società
2) la campagna sull'assenteismo che tende ad occultare la rapina di salute collettiva continuamente perpetrata sulla classe del lavoro.

3) la teorizzazione delle « compatibilità » che cerca di riproporre e recuperare la subordinazione di tale salute alle esigenze del profitto.

4) la consegna al capitale pubblico, privato e misto della progettazione, organizzazione e gestione dei presidi sanitari e *il nostro impegno per*:

a) il ritiro ad ogni livello della delega sanitaria

b) l'autogestione di base della tutela della salute

c) la lotta ad ogni tipo di emarginazione

d) la nascita e lo sviluppo di forme di governo popolare e di democrazia diretta con particolare riguardo allo specifico socio-sanitario.

Queste indicazioni, che saranno riprese e documentate negli interventi previsti e in quelli attesi, già ci portano a considerare altri punti oltre il primo e subito *un secondo*: *quello della partecipazione* che è il fattor comune degli impegni ora detti. Conviene dedicargli qualche attenzione perché la nostra linea si chiarisca oltre e a fronte dell'uso e dell'abuso che l'esercizio dei poteri ne ha fatto in questi anni, mistificando per partecipazione cioè che partecipazione non era.

Ancora una volta vorrei fare riferimento alle lotte e alle conquiste del movimento operaio ma vi rinuncio serenamente perché altri compagni ne diranno: diranno come un nuovo modo di intendere la partecipazione nasca proprio da ciò che io mi limito a ricordare e mi trattengo dall'illustrare: la liberazione della soggettività, l'emergenza del gruppo omogeneo, la sua assunzione di funzioni politiche, sanitarie e scientifiche.
Voglio soltanto sottolineare come, dal già detto primato della salute collettiva, discenda che se una sociologia medica d'altro tempo ha definito *la malattia come perdita di partecipazione* oggi siamo arrivati ad intendere la *perdita di partecipazione come sostanza di malattia*. Però noi crediamo che alla partecipazione autentica non basti mai l'articolato di una legge ma occorra sempre l'impegno di una lotta: che si sviluppa continuamente nell'identificazione dei suoi obiettivi, che si accresce progressivamente nell'allargamento del suo campo, che non riconosce limiti a questo campo né ammette che esista l'ultimo di quegli obiettivi. Questo non è un discorso estremista nel senso deteriore dell'insinuazione che di solito accompagna tale termine, ma è anche un discorso meditatamente estremista se è vero come credo che in medicina e per Medicina Democratica l'unico e sacrosanto estremismo è la salute collettiva e che questa non può darsi senza partecipazione. Allora vogliamo definire questa partecipazione — sempre con riferimento preciso alla tematica di questo convegno e di questo movimento — sia in positivo sia in negativo secondo l'insegnamento del più grande rivoluzionario: « Quali sono i nostri nemici e quali sono i nostri amici? Questa è una questione di primaria importanza per ogni rivoluzione ».

I nemici della partecipazione sono almeno tre: *l'autorità*, *l'efficienza* e la *provvidenzialità*. Nell'ambito del nostro impegno a definirci come Medicina Democratica l'autorità cui opponiamo la partecipazione è identificata come quella che — indossati i panni della competenza, separatesi nella tecnica, costituitasi come corporazione, legittimatasi come ordine — si pone di fatto quale esecutrice dei comandi di un potere che la sovrasta e che, pagatala con ruoli e privilegi, ne fa lo strumento più insidioso ed efficace del controllo sociale nelle forme della medicalizzazione. Per tutto ciò essa pretende: il diritto di un sapere separato, la consegna di un uomo oggettivato, l'esercizio di un insindacabile potere. Questo è *un* nemico della partecipazione.

Un altro nemico è l'*efficienza* che in un sistema dato è sempre una domanda del potere costituito. Essa si avvale della voluta e perpetrata confusione con *l'efficacia*. Cui corrisponde un'altra consapevole e consumata confusione tra *funzione* e *funzionamento*. La funzione di ogni sistema è definita dai suoi fini, il funzionamento dai suoi modi. Noi vogliamo che la *funzione* dell'istituzione sanitaria sia rivolta interamente alla promozione e alla difesa della salute collettiva, come la abbiamo già definita, e che il suo funzionamento sia giudicato soltanto a misura della capacità di adempimento di tale funzione.
L'istituzione sanitaria è, invece, ordinata all'ottimizzazione di se stessa, del suo vantaggio economico, delle sue autorità di comando, del suo plesso di potere. Pertanto nell'occultamento di una profonda divergenza della sua funzione dai fini sociali cui dovrebbe rendere e misurare il suo servizio, riconosce ogni primato al funzionamento e converte la totale perdita di efficacia in una ulteriore domanda di efficienza. Non è questa la sede per esempi che sono innumeri e noti: avremo presto un'altra occasione in cui discuteremo a lungo — nel riscontro reale, nel dettaglio specifico, struttura per struttura, servizio per servizio — questo problema dei rapporti, in medicina, tra funzionamento e funzione, tra efficienza ed efficacia.

Qui ci basta riconoscere e ricordare che è in nome dell'efficienza del funzionamento per una mentita efficacia della funzione che la partecipazione popolare è sempre stata sistematicamente esclusa — come è esclusa la madre del bambino ricoverato, come è esclusa la consapevolezza del paziente abusato, come è esclusa la realtà della sofferenza sociale — dalla gestione della cosa sanitaria, dalla possibilità di intervenire per indicarle nuovi fini, ulteriori impegni, più vere destinazioni.
Il terzo nemico della partecipazione è la provvidenzialità. E qui il nostro discorso si sposta dal luogo sanitario al governo sanitario, rivolgendosi francamente anche a chi ne porta responsabilità locali in un quadro politico alternativo a quello nazionale.
C'è un modo che non vogliamo nemmeno discutere di intendere tale responsabilità: come occasione di potere, tessitura di clientele, pretesto di corruzioni: è il modo « democristiano » per antonomasia.
Ma c'è un altro modo che è pure antipartecipatorio. E' di chi — ente o persona, ma più spesso il primo che la

seconda — si ritiene investito del compito e titolare della capacità di anticipare la domanda sociale di salute, di presentirla prima che sia espressa, di immaginarla prima che sia concepita, infine di provvedere ad essa prima che si sia consapevolizzata.

Con un termine corrente ciò si chiama anche « paternalismo », ma ritengo più corretto definirlo « provvidenzialità ». Perché così mi pare meglio indicato quel modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescinde dal suo ascolto: quell'attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande: quell'interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi alla offerta.

Medicina Democratica è contro tutto ciò — l'autorità ma non soltanto perché è inautorevole, l'efficienza ma non soltanto perché è inefficace, la provvidenzialità ma non soltanto perché è improvvida — è contro tutto ciò perché tutto ciò è contro la partecipazione e Medicina Democratica è un movimento partecipatorio di base non solo perché da questa base è nata ma perché vuole continuare a restarci: per raccogliere, assecondare, collegare, moltiplicare, potenziare onde siano infine vincenti, tutte quelle lotte che, in specifici diversi — dalla fabbrica al territorio, dalla scuola all'ospedale, dal quartiere all'istituzione dalla casa alla caserma — la soggettività di base viene conducendo per la salute, anche individuale, ma assunta in quella collettiva.

Si pone così, naturalmente, il *terzo punto* sul quale occorre sviluppare qualche riflessione ed è quello della *soggettività* per una definizione, ora in positivo, della partecipazione. Ancora una volta è dall'esperienza e dalla lotta di fabbrica che è emersa la soggettività del lavoratore rivendicata ed affermata contro la volontà oggettivante del capitale.

Ma ancora una volta dalla fabbrica le conquiste del movimento operaio incidono su tutto l'ambito sociale e ne reinterpretano e riqualificano la realtà.

La soggettività di cui parliamo è una anche se, nell'uso ormai correnti all'interno della tematica che ci è comune, le vengono attribuiti due significati complementari: uno è in alternativa alla definizione — cosiddetta obiettiva — della salute e della malattia, del benessere e del disagio, della nocività e del danno. Costituisce, quindi, la base di quel ritiro della delega lungamente rilasciato al « tecnico » quale verificatore e falsificatore di una sofferenza soggettivamente patita *e dunque reale* ma che poteva essere negata, in conto della pretesa « obiettività » di una scienza che non è retorico chiamare padronale.

Da questa rivendicata soggettività è nata la identificazione di un quarto gruppo di fattori di nocività, è nata una ridefinizione del benessere-malessere non più come conformità-difformità a modelli espressi ed imposti dalla logica della produzione per il profitto, ma come vissuto individuale e di gruppo del rapporto con le condizioni di lavoro e di vita.

L'altro significato di « soggettività », che si integra al primo, è, oltre i limiti di ciò che può pur sempre essere ricondotto a una lettura medica, l'affermazione di sé non solo come soggetto di salute ma come soggetto di sanità capace di appropriazione e di autogestione della medesima. E' su questa seconda soggettività che vorrei insistere ancora un poco per dire che essa riconosce, abilita ed esprime — nel suo crescere dell'esperienza senza la quale non si ha partecipazione e nel suo evolvere a volontà collettiva senza

la quale non si ha trasformazione — una pluralità di soggetti, che vanno dal singolo al gruppo, dal gruppo al collettivo, dal collettivo alla classe ma per ciascuno dei quali è acquisito il diritto di porsi, all'interno dell'atto medico, dell'istituzione sanitaria, dell'organizzazione assistenziale, in un rapporto finalmente dialettico con tutto ciò che — strutture e persone — lo avevano sin allora considerato l'oggetto di un rapporto analitico.

Questa è la straordinaria e nuova ricchezza che in questi anni è venuta crescendo in quella base da cui ora si esprime Medicina Democratica.

E questo è stato il mio tentativo di contribuire al vostro dibattito costruendo, pezzo a pezzo, quella che io credo sia la linea che connota il nostro movimento — che lo farà capace di attraversare in chiarezza e coerenza la molteplicità quasi innumere dei problemi che lo confrontano e che ora vorrei così formulare: *il primato politico della salute collettiva come momento centrale della lotta di classe fondata su una reale partecipazione capace di accogliere nella loro genuina espressione e assumere a livello di integrazione ulteriore le molteplici soggettività della base sociale*.

Se questa linea è corretta [ma vostro ne è il giudizio] essa deve essere capace di dare corrette e chiare indicazioni pratiche, così come deve essere capace di sollecitare analisi ed approfondimenti ulteriori.

A questi secondi io credo che noi vogliamo impegnarci in vario modo e con vari mezzi: costituiremo gruppi di studio per problemi specifici, prepareremo nelle sedi più appropriate dibattiti e confronti, andremo entro l'anno a un congresso ordinato sui temi e sulle tesi che saranno stati oggetti di studio e discussione adeguati, secondo le indicazioni del movimento. Questo convegno di oggi, del quale ho cercato di dire « perché ora » e del quale mi si è incaricato di dire « perché così », nasce, dunque, come convegno di fondazione e di presentazione. Nasce, dicevo all'inizio, da una volontà anzi da una urgenza di incontro e di collegamento chiaramente formulata dalla base.

E' allora parso giusto che fosse dedicato alla più libera e articolata espressione di questa base, compatibilmente con le costrizioni imposte dal tempo ma anche con i doveri imposti dalla responsabilità. Per questo il comitato promotore ha creduto di assicurare alle diverse componenti l'opportunità del loro contributo ed ha invitato tutti i compagni a far convergere il loro.

Per questo io, incaricato di aprire il dibattito, ho cercato di individuare — tra le molte e preziose indicazioni raccolte in questi mesi — una linea che fosse di aggregazione per noi e di definizione per gli altri.

Per questo infine, mi sono trattenuto dall'entrare nei problemi che emergeranno dagli interventi previsti, convinto tuttora di averne soltanto interpretato la scelta comune, senza volerne anticipare le articolate proposte.

Mi pare tuttavia che da quella linea le indicazioni che discendono siano chiare e riconoscibili nel senso che Medicina Democratica

1) si impegna in una lotta per la salute che non separa il campo sanitario da quello sociale ma li attraversa entrambi secondo una direttrice fondamentale segnata dalla contraddizione di classe. E' rispetto a questa direttrice che sa qualificarsi una nuova solidarietà tra il lavoratore alla sanità e la sanità dei lavoratori: noi opereremo perché ciò avvenga;

2) si impegna ad operare per un radicale cambiamento degli attuali studi medici nel senso di una articolata ma congiunta formazione di *tutto* il personale sanitario orientandolo a:

a) saldare la pratica con la teoria

b) mettere la prevenzione al primo posto

c) priorizzare la medicina di base e di comunità

d) attendere alla educazione sanitaria come premessa di partecipazione;

3) si impegna ad operare per la deistituzionalizzazione dell'assistenza e per la territorializzazione dei servizi nel pieno e diretto controllo popolare di tutta l'attività sanitaria, valorizzando da una parte i consigli dei delegati, stimolando dall'altra i comitati sanitari di zona, sostenendo e assistendo ogni forma spontanea di partecipazione di base, proprio perché tale e perché in quanto tale, nella sua assunzione e coscienza politica e collettiva della medicina è l'alternativa irriducibile alla medicalizzazione della collettività e della politica;

4) riconosce e valorizza nella autogestione della salute non un riduttivo « far da sé » e una rinuncia all'uso di ogni valido sussidio medico ma assume questo in un diverso comando politico come momento fondamentale per la riaffermazione della soggettività, per il recupero di un rapporto dialettico tra i soggetti dell'atto sanitario individuale e complessivo: pertanto è impegnata ad un'ulteriore valorizzazione di tale soggettività — che riconosce nell'insegnamento del movimento operaio e nella lotta dei movimenti femministi — in ogni occasione ove sia negata e repressa (a breve termine, per esempio, Medicina Democratica concluderà la elaborazione di una legge di iniziativa popolare contro la sperimentazione sull'uomo e promuoverà l'applicazione della carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale);

5) rifiuta — per tutto quanto la sua linea dice in tema di salute collettiva, di partecipazione e di soggettività — qualsiasi uso repressivo, di controllo sociale, di emarginazione della devianza da parte della medicina e dei suoi operatori, impegnandoli non solo a rifiutarlo ma a contrastarlo in ogni modo;

6) rifiuta, conseguentemente ma intransigentemente, ogni ruolo limitativo o condizionante della libertà della donna in ordine alle sue scelte di generazione e di salute; solidarizza con i movimenti della sua liberazione e intende operare perché a questo fine siano orientate la struttura e la funzione dei consultori;

7) assume la responsabilità di promuovere e ottenere l'inserimento sociale degli handicappati come soggetti di piena partecipazione e di assicurare diretta collaborazione alla loro azione e alla più diffusa conoscenza dei loro problemi;

8) impegna i suoi aderenti a dare senso e prassi alla concezione della medicina come servizio per il popolo: quindi ad opporsi fino alla loro estinzione ad ogni forma di arroccamento corporativo e antipopolare dell'ordinaismo medico, perché la sanità non sia — come è stata altrove — un banco di prova generale del blocco di destra;

9) si impegna a cercare le solidarietà politiche e sindacali che riconoscano negli obiettivi di Medicina Democratica reali obiettivi della classe, ma anche a conservare a se stessa le funzioni e i caratteri di movimento autonomo di base, capace di accogliere e valorizzare politicamente tutte le istanze e le iniziative che da tale base sono espresse nelle diverse forme del suo articolarsi ed aggregarsi su obiettivi individuati dalla volontà popolare;

10) intende compiere e ha già iniziato un lavoro di collegamento con movimenti che in altri paesi — pur in una estrema diversificazione di metodi e di prassi congrue alle diversità dei quadri istituzionali e di regime — sviluppano azioni e conducono lotte per la riappropriazione e l'autogestione della salute.

Questi dieci punti, compagni, non sono un decalogo. Sono soltanto alcuni degli impegni — però chiari ed esplicati — ed altrettante scelte di azione — però incidenti e coerenti — secondo la linea che ci siamo dati e che è sintesi di quanto voi, non solo nelle assemblee di questi mesi, ma nelle lotte di questi anni siete venuti esprimendo. Il dibattito ne arricchirà i contenuti, ne aggiungerà di ulteriori, ne indicherà la priorità.

Così, avviandomi a concludere quella che non poteva essere che una introduzione a un convegno di fondazione, che desse la parola a tutti senza sottrarla a nessuno, vorrei sottolineare a chi ci ascolta la nostra piena consapevolezza di un'altra crisi che, come quella ricordata all'inizio, è oggi congiunturalmente clamorosa ma è da tempo strutturalmente deteriorata: è la crisi di *questa medicina contemporanea* che, di giorno in giorno, si fa sempre più assistenzialmente inefficace e socialmente repressiva.

L'inefficacia dell'assistenza è dimostrata da:

1) progressivo deterioramento, statisticamente documentabile, della salute collettiva per l'incidenza crescente di tutte le malattie legate alla nocività — dell'ambiente di lavoro, di abitazione, di alimentazione e di vita — che è il portato inseparabile del modo di produzione capitalistico;

2) ricorrenza — frequente e dilagante — di patologie infettive che si credevano e potevano essere state dibellate.

3) vertiginoso incremento del consumo di farmaci in larga misura meramente sintomatici e concretamente tossici;

4) emergenza di un diffuso malessere, socialmente determinato e personalmente patito che investe larghi strati della popolazione indotta o costretta a vivere come « disturbo mentale » ciò che è soltanto « insopportabilità di vita ».

La funzione repressiva è dimostrata da:

1) crescente trasferimento dei problemi sociali e personali (conflittualità, trasgressione dei limiti di « norma », domanda di soggettivazione etc.) in un'area di gestibilità istituzionale e di silenziamento terapeutico;

2) avanzante tecnicizzazione dell'atto medico fino alla estinzione dei suoi contenuti di rapporto interpersonale;

3) diffusione di false o inefficaci pratiche di prevenzione secondario per deviare la domanda di conversione del modo di produzione;

4) attribuzione al medico di nuovi compiti repressivi nei confronti del comportamento infantile, se è un pediatra, del diritto di aborto se è un ostetrico, del rifiuto del lavoro se è un fiscale, dell'uso di droga se è un medico, della devianza se è uno psichiatra, della rivolta alla nocività se è un medico del lavoro, e così via.

A questo ed oltre ci porta la « medicalizzazione della politica » e a questo si oppone la scelta di Medicina Democratica che è « politicizzazione della medicina ».

Ciò significa per noi e nei fatti, puntare su tutte le forme di appropriazione e di autogestione che possono mettere *la classe a soggetto* di una lotta per la salute che non cessi mai di essere, in quanto tale, una lotta contro il sistema.

Non appartiene alla classe l'insidioso dilemma: o le riforme oggi o la rivoluzione un'altra volta. Per la classe contano quelle riforme — meglio: quelle conquiste — che fanno parte di una strategia per la rivoluzione. Perché ciascuna di esse — se, oltre il suo valore assoluto, non fosse anche un acceleratore del processo di mutazione strutturale — sarebbe soltanto apparente, e, alla fine perdente.

Occorre, dunque, assecondare — ognuno all'interno del suo ruolo che è pur sempre un ruolo interno — il processo di appropriazione da parte della classe e delle masse 1) degli strumenti di conoscenza dei meccanismi di profitto e di sfruttamento del capitale e 2) degli strumenti ai autocontrollo e di autogestione della salute.

Occorre dare ogni appoggio, ogni contributo — di forze, di idee, di critiche — ai consigli di fabbrica, ai consigli di zona, ai comitati di quartiere, ai collettivi e ai movimenti nei quali si esprime la volontà di base delle masse, cui naturalmente si raccordano quei medici, quegli studenti, quegli operatori sanitari di ogni grado e funzione, quegli operatori sociali di vario ruolo e qualificazione, quei — più comprensivamente — « tecnici della salute e per la salute » che abbiano fatto una corretta scelta di classe e che si siano dati una pratica congruente.

Questo che dico, qui ed ora, è, con le stesse parole, l'impegno ed il voto, il progetto e il proposito formulati negli anni addietro.

Ebbene, *questo ora avviene* perchè da questa premessa, con questi connotati, su questa linea nasce Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute. Nasce da una grande ricchezza di lotte, di esperienze, di volontà collettiva e individuali che vogliono collegarsi per procedere insieme in un'analisi che sia verificata e in una prassi che sia coordinata.

Nasce, deve nascere, fuori da ogni settarismo e da ogni subalternità.

Nasce, deve nascere, fuori da ogni pia illusione di farne una zattera di salvataggio per annaspanti coscienze nel mare di questa o di quella corporazione.

Nasce, deve nascere, fuori di ogni risibile velleità di farne un « partito sanitario » o la proiezione sanitaria di questo o quel partito.

Nasce da uno scontro di classe per la vittoria di una classe, quella, l'unica che — Marx ci ha insegnato — liberando sé libera anche gli altri uomini.

E' un duro scontro, è tuttora una vittoria da conquistare: è una lotta cui occorrono l'impegno di tutti noi, anche quello della lealtà di confronto, della dialetticità di posizioni.

E' quindi questo un momento di grande e positiva tensione ma anche di grave e riflessiva responsabilità. Io sento e penso che tutti i compagni debbano sentire e riconoscere le dimensioni della nostra responsabilità: che è quella di dar vita a un movimento che non si ripieghi sui problemi pur autentici dei suoi aderenti ma si rivolga anche a quelli della popolazione al cui servizio deve porsi, che si conquisti fin dall'inizio e conservi la credibilità di fronte anche al giudizio più severo delle masse.

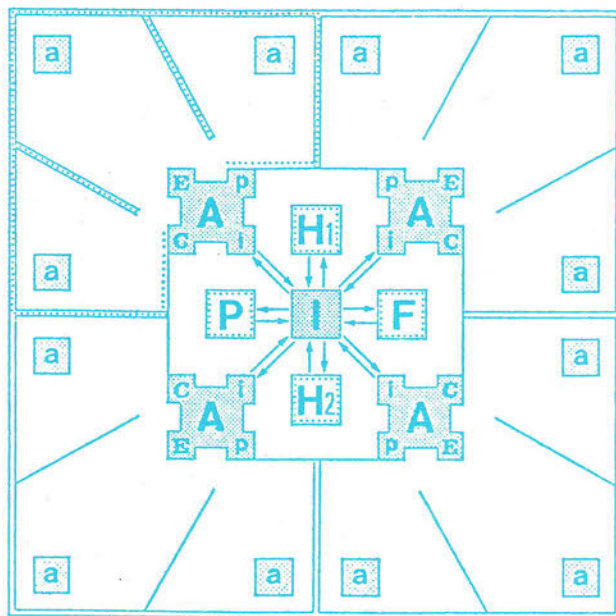
Che per loro — come già si intende e vede da ogni parte — ciò che oggi nasce, sappia crescere per una lotta che sarà lotta di liberazione.

Riforma Sanitaria e partecipazione

L'Unità Sanitaria Locale come sistema

«Unità Sanitaria», ott.-dic. 1972

Questo articolo rappresenta uno dei contributi disciplinari di Giulio Maccacaro; egli infatti lo aveva steso come introduzione a una ricerca sul Sistema Informativo della Unità Sanitaria Locale, affidata all'Istituto universitario da lui diretto. Per questa ragione l'articolo ha avuto una diffusione limitata agli addetti ai lavori, per i quali ha rappresentato un punto di partenza fondamentale per una riflessione critica sui modelli di sistema informativo preesistente. Per capire appieno il valore innovativo delle tesi qui sostenute occorre ricordare che all'epoca di questo scritto, il 1972, era in atto un profondo processo di penetrazione del capitale italiano, pubblico e privato, nel sistema sanitario. La catastrofica situazione di tale sistema, la indubbia necessità di un suo radicale cambiamento, venivano interessatamente interpretate come puro bisogno di razionalizzazione, come esigenza di assicurare in primo luogo l'efficienza delle strutture sanitarie intese riduttivamente come « aziende produttrici del bene di salute ».
Alle difficoltà di amministratori ospedalieri e regionali alle prese con macroscopiche disfunzioni, alla loro urgenza di trovare soluzioni a una domanda sanitaria continuamente crescente, il capitale rispondeva proponendo soluzioni razionalizzatrici mutuate dalle aziende, che attraverso il trasferimento dei modelli organizzativi e della tecnologia, introducevano nel sistema sanitario le stesse distorsioni e la stessa alienazione del sistema di fabbrica. Alla necessità di assicurare una base conoscitiva efficace per la pianificazione sanitaria, al bisogno di partecipazione decisionale espresso da strati sempre più larghi di cittadini, le multi-

Fig. 1. *Rappresentazione schematica dell'U.S.L. L'Unità è composta di alcune* Sub-unità *(quattro nella figura), ciascuna delle quali costituita da tre distretti a ciascuno dei quali possono corrispondere 3.000-5.000 abitanti.*

I *è il centro del sistema informativo cui si raccordano le varie strutture (A) della* sub-unità *(v. fig. 2).* H1 *e* H2 *sono rispettivamente l'ospedale e il para-ospedale.* P *indica il Servizio di prevenzione;* F *il Servizio farmaceutico.* C *ed* E *rappresentano le sedi della Consultazione e dell'Educazione.*

In genere le lettere minuscole indicano i livelli di decentramento delle funzioni centrali indicate con le medesime lettere maiuscole (F, f; P, p; eccetera).

Queste note sono state stese nel corso di una ricerca — affidata dall'Istituto Studi per la Programmazione Economica all'Istituto di Biometria e Statistica Medica dell'Università di Milano — sul sistema informativo dell'Unità Sanitaria Locale. Di tale ricerca costituiscono premessa e traccia. Poche copie dattiloscritte, in una redazione non molto diversa da quella qui presentata, hanno avuto una circolazione che è andata oltre le intenzioni dell'autore, il quale è convinto che ciò indichi non tanto una loro abbondanza di contenuti quanto una straordinaria carenza di analoghi e più validi contributi sul problema della partecipazione: *sanitaria in particolare e democratica in generale.*

Infatti, benché siano trascorsi oltre vent'anni da quando la nuova Costituzione (art. 3, *secondo comma) poneva* « l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese » *tra i compiti fondamentali della Repubblica, né la teoria né la prassi di tale partecipazione si sono alzate dal piano dell'attività, nemmeno in quell'ipotesi di sanità riformata che declama la partecipazione come carattere essenziale delle sue unità di base. Anzi, prima e senza aver non solo disposto ma nemmeno proposto le garanzie strutturali per una gestione partecipatoria di tali unità, si vengono per esse tracciando perimetri, progettando strutture, studiando strumentazioni, allestendo apparati, prefigurando burocrazie.*

nazionali dell'informazione rispondevano proponendo l'adozione massiccia di grossi calcolatori negli ospedali e nel territorio. Maccacaro, che conosceva bene il calcolatore, le sue possibilità e i suoi limiti, per averlo usato nelle sue ricerche di statistica e di epidemiologia, affrontava il problema dal suo vero punto di partenza: non l'uso e i vantaggi della tecnologia considerata « in sé », ma il problema. politico prima ancora che tecnico, della gestione della informazione in un sistema sanitario completamente ribaltato nella sua logica, orientato prima di tutto ad assicurare la partecipazione dei cittadini non solo al merito specifico e tecnico della tutela della propria salute, ma anche alle grandi scelte di politica sanitaria.
Ecco allora che la artificiosa antinomia tra partecipazione ed efficienza viene risolta negandola, cioè riconoscendo il primato della partecipazione, come fatto politico, sull'efficienza intesa come fatto tecnico, e il diritto dei soli soggetti della partecipazione a esprimere valutazioni di efficienza. Ecco dunque che l'annoso e accademico problema di cosa debba intendersi per informazione, e quali informazioni debbano essere raccolte e restituite viene impostato partendo, anche in questo caso da una visione politica rigorosa e precisa; le informazioni hanno una loro significatività in relazione alle decisioni politiche (di governo) è questa informazione che deve essere soprattutto resa trasparente e socializzata, potendosi, almeno in prima istanza, accettare che siano delegate alle strutture operative le informazioni di esercizio, cioè quelle necessarie ad assicurare la continuità di gestione.
Questa impostazione ha avuto il grande merito di ricondurre un problema in apparenza « ingegneristico » alla sua dimensione politica, e di sottrarlo così alle oscure e interessate formulazioni strettamente tecnologiche. Ma, cosa ancor più importante, ha consentito ai tecnici e agli amministratori democratici di avviare una progettazione di sistemi informativi diversi, che si propongono di esaltare, e non di comprimere, la partecipazione, che privilegiano la trasparenza e la socializzazione delle informazioni rispetto alla velocità di elaborazione e all'accumulo di grandi masse di dati, che si sforzano di attivare « processi informativi » piuttosto che di costruire a tavolino astratti « modelli informativi ».
Questo sforzo è difficile e darà dei risultati nel lungo tempo, anche perché deve fare i conti con modelli organizzativi e con una tecnologia progettati dal capitale e lungamente consolidati.
Perché questo impegno continui, perché il lucido contributo di Maccacaro, fondamento di tante successive elaborazioni, mantenga la sua vitalità, occorre che questo sforzo e questo dibattito escano dalla ristretta schiera dei tecnici e si allarghino ai veri soggetti della partecipazione. Perché il monopolio della tecnologia e della informazione non contribuisca, nel suo modo specifico ma non trascurabile, a opprimerli e ad alienarli sempre di più.

Paola M. Manacorda

Si vengono proponendo banche di dati, anagrafi sanitarie, sistemi informativi secondo modelli mutuati dalla gestione d'impresa, che è soprattutto gestione privilegiata dell'informazione e della decisione.
Tutto ciò, è chiaro, crea non le premesse, ma l'impossibilità della partecipazione: ancora una volta, l'apparente positività della proposta tecnologica è distesa a coprire una scelta politica negativa.
Su questo tema — informazione e partecipazione nell'unità sanitaria di base — è, dunque, necessaria ed urgente una ricerca che sia anche affermazione e difesa di possibili scelte. Queste note intendono contribuirvi.

1. Il primato della « partecipazione »

Premessa

1.1.
Un riesame — del quale si darà conto analitico in altra sede — della letteratura sull'Unità Sanitaria Locale mostra come l'ipotesi progettuale di questa sia evoluta negli anni. Inizialmente concepita come riassetto unificante e razionalizzante di presidi terapeutici e profilattici divenuti plurimi e incoordinati; proposta, quindi, come interpretazione organizzativa di una medicina integrata e orientata da nuovi contenuti (prevenzione, riabilitazione, etc.); riconosciuta, infine, come sede

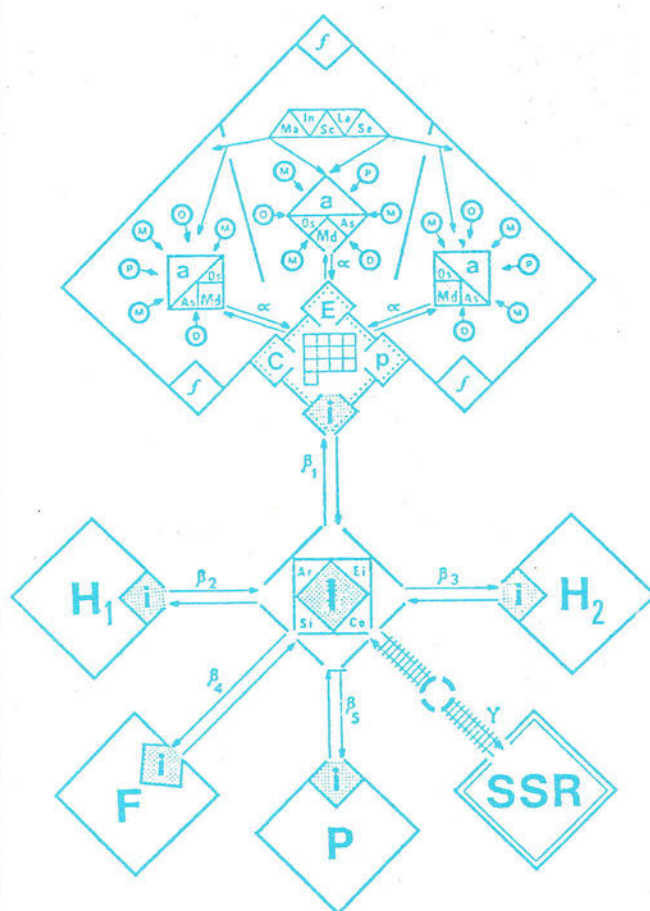



Fig. 2. *Sub-unità polidistrettuale. La squadra medica distrettuale è costituita da tre medici di base (M), un ostetrico (O), un pediatra (P) e un odontoiatra (D), e gravita sull'ambulatorio distrettuale (a) che è pure sede del medico distrettuale (Md) coadiuvato da un assistente sociale (As) e da un'ostetrica (Os).*
La squadra interdistrettuale di medicina preventiva complementa l'attività degli altri operatori sanitari di distretto particolarmente nei campi di: maternità (Ma), infanzia (In), scuola (Sc), lavoro (La), senescenza (Se). SSR *rappresenta il Sistema Sanitario Regionale.*
Le frecce e le lettere greche indicano i flussi di informazione.

e ambito di autogestione democratica, cioè di partecipazione attiva della società civile al governo del proprio sistema sanitario.
E' giusto dire che già nelle prime proposte e negli inerenti dibattiti erano compresenti, pur con diversa e di volta in volta alterna evidenza, i termini prima separati. Si deve, però, riconoscere che la loro emergenza è avvenuta secondo la sequenza indicata, e non per caso: gli anni del suo sviluppo sono stati, infatti, « questi » anni che hanno visto le istituzioni in genere — e non solo quelle sanitarie — investite da un processo critico che partendo, appunto, dall'*analisi di funzionamento* e passando per il *progetto di funzione* è arrivato alla *domanda di partecipazione* dell'utente, ridefinito istituente, al governo della istituzione. Questa domanda non è nuova: ma nuovo è il suo primato su ogni altra. L'intelligenza di ciò che accade non è possibile se non ci si rende conto che stiamo vivendo lo scontro tra la ricerca ed il rifiuto della risposta: quella che le generazioni sopraggiungenti sentono così acutamente necessaria — quasi unica salvezza da un pericolo totale — da posporle, in una nuova scala di valori, quelli illuministici della nostra educazione: il progresso tecnico, l'avanzamento scientifico, etc (MALDONADO, 1970).
Tra i valori non rinunciati ma rivalutati c'è, per contro la salute. Vent'anni fa colui che ancor oggi è tra i più ricordati studiosi di sociologia medica (PARSONS, 1968) pubblicava una ormai celebre meditazione sulla *malattia come perdita di partecipazione.* Oggi è abbastanza evidente (a chi non li abbia esclusi da ogni simpatia) che i nostri giovani, ma non essi soltanto, avvertono e rifiutano *la perdita di partecipazione come malattia.*

1.2. *Funzionamento e funzione*
Questa premessa può essere giudicata disgressiva ed esorbitante rispetto ad un tema così apparentemente delimitato quale la progettazione dell'*Unità sanitaria Locale*. Probabilmente non lo è; in ogni caso ci aiuta a capire alcune cose.
I) l'intrinseca solidarietà tra il problema della « salute » e quello della « partecipazione »;
II) l'opportunità di considerare i sistemi stranieri cui si fa abituale riferimento (britannico, scandinavo) come « esperienze » ma non come « modelli »;
III) l'inopportunità della persistenza, nel nostro stesso pensiero, di un'immagine tecnica e di un'immagine politica della « forma » sanitaria.
Non è qui il caso di espandere il primo punto del quale basterà tener presente il nucleo concettuale adombrato.
Del secondo conviene invece dire subito che non sottolinea, inutilmente, troppo ovvie differenze socio-politico-culturali e nemmeno, per gli stessi motivi, di tradizione medica, dottrinaria e pratica, ma ricorda che i Servizi sanitari menzionati così come quelli Sociali degli stessi paesi sono nati e cresciuti — quali ne fossero i propositi e ne siano state le realizzazioni — prima e fuori dell'ipotesi partecipatoria così come oggi intesa (cfr. LAPPING e RADICE, 1968, *Dopo un ventennio di national Health Service*). Pertanto nei confronti del loro, il nostro disegno progettuale ha altri impegni ed altre opportunità. Differenza diversamente rilevante a seconda che ci convinceremo che un sistema sanitario dato può essere o non essere « partecipatorio », diventarlo o no, restando se stesso sul piano strutturale, oppure ci convinceremo che una scelta del genere ridefinisce *in toto* e, quindi, ristruttura tutto un sistema.
Il terzo punto riprende questo problema — indipendentemente dai riferimenti esterni — per dire come il processo evolutivo dell'ipotesi progettuale di *U.S.L.* è ancora inconcluso non solo nel senso che rimane aperto a ulteriori sviluppi ma anche nel senso che degli sviluppi anteriori dobbiamo tuttora approfondire l'analisi. La doppia immagine cui si fa cenno non è, infatti, l'immagine di una doppia realtà, ma il risultato di un difetto di convergenza degli occhi che la osservano.
Si è detto prima che « *funzionamento-funzione-governo* » è l'arco tecnico-politico percorso dalla nostra riflessione per giungere alla proposta progettuale. Se l'arco si fosse concluso tra gli estremi dei primi due termini ci saremmo convinti della impossibilità di giudicare il *funzionamento* se non in ordine alla *funzione*, ovvero del diritto della *funzione* a stabilire i criteri di giudizio del funzionamento. Ci saremmo convinti dell'insussistenza di un problema del tipo « bisogna conciliare il massimo di funzionamento con il meglio di funzione » e definitivamente persuasi che l'unica formula corretta è « bisogna assicurare il miglior funzionamento della funzione », etc. Questo è molto ovvio, oggi, perché già molto dibattuto, ieri.
Ma oggi come ieri siamo di fronte a un identico problema del quale sono mutati soltanto i termini. Assunto il *funzionamento per una funzione* come valutabile in termini di *efficienza* e inteso il *governo* come *partecipazione*, siamo ora impegnati a meditare sul rapporto « *efficienza-partecipazione* », a chiederci come « conciliare » il massimo dell'una con quello dell'altra: come sovrapporre, per ottenere una sola più nitida e in rilievo, le due immagini — tecnica e politica — di cui si è già detto.

1.3. *Efficienza e partecipazione*
Per confermare l'esistenza almeno soggettiva del problema e la molteplicità delle ottiche con le quali viene indagato, basta considerare il modo in cui si è cercato di individuare, di volta in volta diversamente, il perimetro dell'*Unità Sanitaria Locale*.
Nella logica di funzionamento e nell'ottica di razionalizzazione questo perimetro non era molto diverso da un'orbita periferica all'interno della quale presidi sanitari di varia indole gravitassero senza collisioni e senza fughe intorno a un centro oscillante tra l'Ospedale e l'Ufficio di Igiene.
Nel passaggio per la reinterpretazione funzionale e l'ottica di socializzazione del servizio sanitario, il perimetro si è modificato sino a diventare il luogo comune dei « punti » sanitari equifruibili dagli abitanti di un comprensorio economico-urbanistico.
Tuttavia continua a definire un ambito tecnico, piuttosto che politico, di sanità: ancorché circondato da esplicite e convinte dichiarazioni sulla « democraticità » come attributo essenziale della istituenda USL. Ne è prova, facilmente verificabile nella letteratura specifica, il fatto che mentre le definizioni programmatiche dell'USL arrivano a indicazioni di governo, quelle strutturali si arrestano a precisazioni di esecizio. In altre parole: mentre alla affermazione di « unitarietà » e « globalità » dell'assistenza sanitaria eroganda si accompagna la enumerazione delle sedi, delle persone, degli strumenti organizzativi che devono tradurla in realtà, nessuna indicazione è ancora stata fornita delle strutture (intese come enti fisici e relazioni funzionali) che sono necessarie perché la « democraticità » di cui sopra non resti vocazione o promessa ma si attui e si autentichi.
Nell'assenza di tali indicazioni è naturale che il rapporto *efficienza-partecipazione* si presenti come un problema che aggiunge ulteriori difficoltà alla definizione perimetrica dell'*U. S. L.* Ed è naturale che ne vengano proposte diverse soluzioni. Una può essere quella di assegnare ad *efficienza* e *partecipazione* il ruolo di segna-limite, rispettivamente inferiore e superiore, dell'*U.S.L.* Che non dovrà essere più piccola di quanto sia compatibile con la globalità e la razionalità dell'assistenza sanitaria eroganda e non più grande di quanto sia compatibile con la partecipazione della base al suo governo. Un'altra soluzione, variante della precedente, può consistere nel considerare *efficienza* e *partecipazione* come funzioni rispettivamente crescente e decrescente — entro un dato intervallo — del raggio dell'*U.S.L.* per cercare quel valore di tale raggio che massimizza la somma o il prodotto, etc., delle due funzioni.
Una terza soluzione, che sviluppa alcuni presupposti delle precedenti, può procedere dall'individuazione di una prestazione sanitaria, abbastanza integrata e diffusa al tempo stesso, che abbia un raggio di esercizio tale da garantirne l'efficienza senza escluderne la partecipazione.
Il perimetro corrispondente a questo raggio definirebbe un'area modulare della quale la USL potrebbe essere vista come una *n*-upla, per valori di *n* diversi secondo le aggregazioni consortili appropriate ai diversi servizi sanitari.
Ognuna di queste e analoghe proposte contribuisce alla soluzione del problema pur senza raggiungerla. Infatti, mentre

tutte rappresentano un progresso rispetto alle precedenti per aver dato alla partecipazione un rilievo paragonabile a quello dell'efficienza, non superano la concezione antinomica di queste due funzioni cui sono attribuite esigenze contraddittorie.
Di fatto, sono proprio questa concezione e questa attribuzione che creano il problema, tutt'altro che nuovo: lungo la storia corre una continua domanda di partecipazione, continuamente negata in nome della efficienza. Se accettiamo questo confronto, ne scontiamo anche l'esito. Risolvere il problema vuol dire, dunque, negarlo.

1.4.

Se è corretta, questa analisi indica che la nostra riflessione deve compiere ancora — prima di impegnarsi nella formulazione progettuale dell'*U.S.L.* — almeno un passo sul percorso indicato molto sommariamente con la sequenza: « *Funzionamento—Funzione—Governo* » nel suo tratto terminale « *Efficienza—Partecipazione* ».
Si può compiere questo passo seguendo la traccia che ha guidato i precedenti: intendere cioè, come la sequenza indichi una direzione non solo di lettura ma anche di subordinazione dei termini che la compongono. Avevamo accennato, infatti, al diritto della funzione a stabilire i criteri di giudizio del « funzionamento » onde l'impossibilità di giudicare il funzionamento se non in subordine alla funzione. Questo era il primo passo.
Compiremo l'ultimo riconoscendo l'impossibilità di giudicare l'efficienza se non in subordinazione alla partecipazione onde il diritto della partecipazione a stabilire i criteri di giudizio dell'efficienza. I due termini non sono più quelli di un'antitesi: questa non esiste senza quelli e con essa scompare il problema del suo superamento.
Ma ove sembrasse ancora necessario comporla in una sintesi non avremmo dubbi nel formularla: *l'unica efficienza che conti è quella della partecipazione* al *governo* che individua le *funzioni* cui subordina il *funzionamento* del sistema sanitario in generale e dell'*Unità Sanitaria Locale* in particolare.

2. Le competizioni della partecipazione

2.1.

Perché l'uso del termine *partecipazione* — nel contesto di uno studio progettuale dell'*U.S.L.* — non decada a indicatore di un generico democraticismo, occorre riferirlo ad una definizione non equivoca. Una definizione da cercarsi analizzando gli elementi dell'atto partecipatorio e le relazioni tra essi intercorrenti.
Vogliamo condurre questa analisi nel modo più semplice possibile, partendo cioè da considerazioni e formulazioni presumibilmente non controverse e restando, nello stesso tempo, aderenti al particolare problema di cui ora noi ci occupiamo.
Ci sembra di poter dire che si ha *partecipazione* quando un'azione collettiva è voluta e operata da più agenti nel ruolo di soggetti. Ci sembra anche di poter limitare l'analisi ad un solo tipo di azione: la *decisione*, intesa come scelta tra alternative di *intervento* in un sistema (sanitario, nel nostro caso). Ci sembra, infine, di poter assumere che ogni decisione di intervento nel sistema implichi qualche *conoscenza* dello stato del sistema.
Ove siano accettate, queste premesse bastano ad individuare, per un esame ulteriore, gli enti e le relazioni di cui s'è già detto:

I) *i soggetti*;
II) gli *oggetti*;
III) le *decisioni* prese dai soggetti;
IV) le *informazioni* rese dagli oggetti.

Si noti subito che — essendo i soggetti parte integrante del sistema e le decisioni nient'altro che una classe particolare di informazioni — l'immagine dell'*U.S.L.* come « sistema informativo » si pone da sé, con naturale evidenza.

2.2. *I soggetti*

Posta la domanda: « Chi sono i soggetti di partecipazione dell'*U.S.L.*? » la risposta già ritenuta plausibile: « Tutti coloro che vivono nell'*U.S.L.* stessa » si dimostra inutilizzabile alla luce delle considerazioni prima sviluppate.
Infatti essa rimanda al problema della definizione perimetrica dell'*U.S.L.* senza contribuire a risolverlo.
E' più utile notare che la partecipazione « sanitaria » è un momento, non separabile, di una più larga partecipazione. Può accadere che, in dati tempo e luogo, essa diventi eminente e addirittura trainante nei confronti delle altre forme di partecipazione. Ma non sarebbe mai corretto né lecito considerarla come necessità autonoma. Tanto meno come autonoma possibilità. In altre parole, l'ambito del suo attuarsi è quello in cui già naturalmente si attuano o sono possibili altre forme di partecipazione diretta o indiretta, rappresentabili come reticolo relazionale in una comunità oggettivamente e soggettivamente tale. Là dove la lettura del territorio consente di individuare aree di particolare densità del reticolo ora detto, sarà ipotizzabile un'unità di partecipazione sanitaria, la cui autenticità non dipende — a meno di alcune precisazioni che seguiranno — dai contenuti tecnici e dai volumi demografici.
Naturalmente, questa ricognizione andrà condotta con riferimento non solo allo stato attuale ma alle previsioni di sviluppo.
A questo punto la domanda di prima è diventata risposta, e viceversa. Ci chiederemo infatti: « Quanti sono coloro che vivono in una *U.S..L.*? » per rispondere: « Tutti coloro che vi sono soggetti di partecipazione ». Il che è già un risultato, ma ancora una volta inutilizzabile finché non avremo definito, col soggetto, anche l'oggetto della partecipazione.
Intanto, ci conviene prendere atto che i soggetti partecipanti non sono soltanto gli individui ma aggregazioni degli stessi sotto gli esponenti significativi della vita associata (scuola, fabbrica, sindacato, ecc.). Questo è vero nella misura in cui tali aggregazioni, totalizzanti più che la somma dei loro addendi, popolano di nuovi « individui », connessi da nuove valenze informativo-decisionali, il sistema: così come arricchiscono di nuove capacità di presenza il singolo individuo.
Utilizzando per un discorso ancora tanto superficiale la profonda analisi goldmaniana, potremmo dire che la partecipazione del singolo avviene non solamente con la sua « coscienza reale » ma con le « coscienze possibili » della sua socializzazione (GOLDMAN, 1971).
Il che non è irrilevante, anche se abbastanza ovvio, perché — sottolineando la realtà sostantiva di questi agenti collettivi e suggerendo che proprio in essa si esprima quella individuale — propone (sempre nel senso goldmaniano) la necessità di commisurare all'originalità di queste mittenze e destinazioni, la proprietà del linguaggio informativo, che è una delle garanzie di capacità decisionale. Questa distribuita tra ed espressa da i soggetti individuali e collettivi di cui s'è detto, esiste ed è tale in quanto dotata di potere. Potere politico effettivo, cioè totale nella sua formazione e nella sua applicazione, non quindi ristretto per la prima e settoriale per la seconda. Il che porta a riconoscere l'ente locale democratico (sostanzialmente il *Comune*) come altro soggetto di partecipazione sanitaria con funzioni e ruoli particolari derivanti dalla sua istituzionalità. Altrettanto potrebbe dirsi per il *Sindacato*, la *Scuola*, etc.
Ora basta notare l'indentificazione, almeno a livello di categorie, di tre tipi fondamentali di soggetti: 1) individuali, 2) collettivi, 3) istituzionali, ed affermare che loro propria ed esclusiva è la capacità a riconoscere altri. Ovvero, il diritto di cittadinanza in un ambito di partecipazione non può essere conferito che dai partecipanti stessi, perché la partecipazione nasce proprio in quel momento — che può durare un'epoca — in cui una comunità oggettiva diventa comunità soggettiva.

2.3. *La decisione*

L'abbiamo già definita come scelta tra alternative di intervento nel sistema sanitario locale.
La qualifichiamo, ora, con gli attributi: *efficace* ed *informata* che le sono essenziali se deve essere non soltanto indicativa dell'azione (programma) ma capace di promuoverla (*intervento*) e di verificarne i risultati (*controllo*).
Promuovere non significa necessariamente operare ma porre le condizioni dell'o-

peratività. Così come verificare può intendersi quale controllo non necessariamente delle operazioni ma certamente del loro risultato.
Ciò configura il possibile affidamento della operatività, nei due sensi indicati, e suggerisce, per conseguenza, di distinguere tra *partecipazione diretta e partecipazione mediata*: da non confondere, quest'ultima, con la *partecipazione delegata* che è una contraddizione in termini.
La delega — infatti — è intesa qui come consegna almeno *pro tempore*, dal delegante al delegato, degli specifici attributi di titolare dell'informazione e della decisione, estinguendoli o sospendendoli come flussi che legano il soggetto all'oggetto della partecipazione. Invece la mediazione è intesa a mantenere tali flussi, in quanto associa e non emargina i soggetti, conferendo la capacità di raggiungere operativamente oggetti e punti non prossimi del sistema sanitario. In altre parole, se la delega è un elemento disgregante della partecipazione, l'aggregazione di unità partecipanti elementari crea modi e livelli di mediazione partecipatoria commisurati a funzioni di diverso raggio e livello. E' da questa non semplice commisurazione che può nascere, a volte, difficoltà di distinzione tra mediazione e delega.
A chi scrive sembra che si rimanga tuttora in un ambito di partecipazione diretta o mediata, cioè autentica, quando nel rapporto informativo-decisionale il mittente (mediato) può sostituirsi al messo (mediatore) ad ogni tempo.
Ciò significa quanto meno che: 1) il linguaggio di quel rapporto deve essere sempre quello del mittente; 2) questi deve essere raggiunto dalle informazioni nell'ambito naturale della sua presenza; 3) da quest'ambito le sue decisioni devono poter raggiungere, verificabilmente, gli altri punti del sistema.
Se si riesce a garantire, con l'osservanza di questi o altri criteri, l'autenticità della partecipazione mediata, cioè se si risolve articolatamente e realisticamente il problema che abbiamo riconosciuto prioritario: « *l'efficienza della partecipazione* », si supera veramente la necessità di scegliere tra la partecipazione totale in un ambito così ristretto da essere senza contenuti e l'ambito onnicomprensivo per una partecipazione così diluita da essere senza efficacia.
« La presenza di tutti in tutte le decisioni: tutte le informazioni alla conoscenza di tutti »: l'osservanza di questo principio è autentica, pur variando strutturalmente sul *gradiente* delle sue componenti (*diretta/mediata*). E' chiaro che esiste un raggio per questo gradiente: cioè un centro di massima partecipazione diretta e una periferia di massima partecipazione mediata. Ma questi centro, raggio e periferia non vanno più intesi in senso socio-urbanistico ma propriamente sanitario, cioè di prevalenza epidemiologica, utenza di servizi, etc. Se non si può ottenere la partecipazione diretta totale (« tutti in tutto ») è più importante che l'intera popolazione dei soggetti (individuali, collettivi e istituzionali) partecipi direttamente a quel 20% di problemi sanitari che incidono nella vita dell'80% di essa piuttosto che il 20% della popolazione si occupi dell'80% dei problemi: cioè si ritiene meglio ridurre il numero dei problemi gestiti in partecipazione diretta da tutti piuttosto che ridurre il numero dei soggetti che gestiscono direttamente tutti i problemi.
Si ritiene anche che soltanto nell'esercizio di una vera ancorché graduata partecipazione sia possibile apprendere quei criteri che ne verificano l'autenticità (diretta o mediata) e la distinguono dalla delega.
Lo stesso esercizio, nella misura in cui estende il raggio e riduce il gradiente della partecipazione diretta, tende ad eliminare le aree scoperte residue della delega.

2.4 *L'informazione*

Definita come 1) notizia sullo stato del sistema ma anche 2) messaggio decisionale e 3) controllo di efficacia, *l'informazione* è il termine più rilevante del nostro problema ed il più incognito.
Avevamo già visto, del resto, che l'*U.S.L.* — come area di autogoverno sanitario — è un sistema informativo: partecipatorio, quindi, nella misura in cui è partecipata l'informazione stessa. Tanto è vero che la partecipazione rimane autentica, secondo l'analisi di cui al capo precedente, se conserva al soggetto (cioè se rifiuta alla delega) i momenti di alta specificità informativa: il programma e il controllo. D'altra parte, se anche ci trattenessimo con l'immagine meno nitida ma più familiare dell'*U.S.L.* quale sistema di servizi che « contiene » un *servizio informativo* ci persuaderemmo facilmente che la partecipazione al governo di quest'ultimo è essenziale per un'autentica partecipazione al governo degli altri. Ove si creasse un controllo privilegiato dell'informazione — a qualsiasi livello: afferenze, elaborazione, efferenze — ogni partecipazione sarebbe spenta o mistificata. Noi non sappiamo ancora come impedire che ciò avvenga. sappiamo però di aver individuato un tema che deve essere proposto e mantenuto ad un notevole livello di tensione nella dialettica dei poteri (centrale e regionale, regionale e locale, locale e individuale): ovvero il ritiro della delega *a misura della appropriazione tecnologica dell'informazione*.
Il potere sovrastante si vale sempre di questa appropriazione e tende, pertanto, a enfatizzare le *necessità tecnologiche* di quella delega: il potere di base deve riaffermare il primato delle sue *necessità politiche* e chiedere una tecnologia alternativa.
Ancora una volta il problema sembra esorbitare dai ragionevoli sviluppi del tema assegnatoci: la progettazione dell'*U.S.L.* Di fatto non si vede come prescinderne se non nel senso di affidarne la soluzione all'esperienza della partecipazione di base, cui doveva e dovrà essere segnalato in tutto il suo rilievo, soprattutto nella fase di attivazione sanitaria locale.
In questa fase converrà distinguere, entro le diverse sedi di attività sanitaria dell'USL, l'*informazione di governo* dall'*informazione di esercizio*, perché sulla prima si concentri il primo impegno partecipatorio lasciando (provvisoriamente o definitivamente?) la seconda a quello di particolari soggetti che possono esseri riconosciuti idonei mediatori.
Per non fare che un esempio, consideriamo l'*Ospedale*: questo è nello stesso tempo una rete di maglie informative e la maglia di una rete informativa più vasta (*U.S.L.*, sistema ospedaliero regionale, etc.).
Nell'ambito dell'*Ospedale circola un'informazione di esercizio* che ne assicura il funzionamento in ordine a determinate funzioni: definite e verificate da *informazioni di governo* che connettono (nei due sensi) l'*Ospedale* con gli altri nodi del reticolo informativo sotteso all'*U.S.L.*
Le soluzioni tecnico-politiche per la gestione dei due tipi di informazione possono, anche per lo stesso ospedale, essere diverse purché congrue.
Se l'esempio non è inefficace, consente subito di saldare (come, del resto, potrebbe essere altrimenti?) questo discorso sull'informazione a quello sulla decisione: infatti ora possiamo dire che, con ragionevole approssimazione, l'*informazione di esercizio* è riscontro di ciò che abbiamo chiamato allora *intervento*, mentre *programma e controllo* si riscontrano assieme nell'*informazione di governo*. Così appare plausibile la nostra proposta di rifiutare la delega in quanto consegna dell'informazione di governo ed accettare la mediazione per la gestione dell'informazione di esercizio. Infatti, nei termini di quella proposta, la gestione ospedaliera potrà essere assunta da un ambito relativamente locale di partecipazione nell'istituzione e nel suo intorno che si attuerà come gestione dell'informazione di esercizio (divenuta informazione di governo per l'istituzione e nel suo interno) secondo l'informazione di governo scambiata con l'ambito relativamente totale di partecipazione cui dovrà coordinare scelte di linguaggi, metodi e tecniche. Coerentemente ancora a quella proposta, le informazioni di governo dell'*Ospedale* (programma e controllo) dovranno raggiungere tutti i soggetti (individuali, collettivi e istituzionali) della partecipazione e totalizzarne i messaggi decisionali.
L'informazione di cui s'è detto sin qui, sia di esercizio sia di governo, è quella di uscita e di ingresso in ogni nodo del sistema sanitario locale (di tali nodi l'*Ospedale* è soltanto un esempio) ma è anche il risultato di elaborazioni, memorizzazioni selettive, aggregazioni finalizzate etc., che avvengono in una o più stazioni del sistema informativo. Dobbiamo quindi aver presente un'altra distinzio-

ne, interna alla precedente, tra: *informazione primaria* (così come nasce dai soggetti e dagli oggetti della partecipazione) e *informazione secondaria* (così come nasce da processi elaborativi, qui non distinti per livello, della precedente).
Informazione primaria di un soggetto è la sua decisione, di un oggetto è l'indicazione di stato o di variazione di stato. Informazione secondaria è dai soggetti la somma delle loro decisioni trasformate in una strategia operativa; dagli oggetti è la rappresentazione-interpretazione di stato del sistema o del sottosistema cui appartengono. Potrebbe apparire, a prima vista, che l'informazione secondaria è informazione di esercizio e quella primaria è informazione di governo. Potrebbe apparire anche il contrario, perché — di fatto — nel nucleo centrale del sistema informativo non c'è più esercizio ma tutto è governo. Per questo la base partecipante non potrà disporsi né alla delega né alla mediazione in questo settore, ma dovrà osservare la più attenta cautela nell'accettare soluzioni tecniche rigidamente predefinite ed esercitare la più diretta sorveglianza sul loro impiego. La soluzione corretta è anzi da ricercarsi in una struttura elaborativa relativamente indeterminata capace di determinarsi a misura e immagine dell'uso che viene fatto dai soggetti (individuali, collettivi e istituzionali) della partecipazione. Questa soluzione non è chimerica, nel senso che non è fuori delle possibilità di studio e di realizzazione, allo stato attuale dell'arte.
Nell'attesa, le considerazioni che precedono suggeriscono che 1) l'informazione diffusa sia sempre classificata, manifestamente e comprensibilmente, con l'indicazione dei livelli di elaborazione, 2) l'informazione secondaria sia sempre resa con il linguaggio dell'informazione primaria e questa in quello dei suoi soggetti di partecipazione, 3) l'educazione sanitaria sia intesa anche come educazione all'uso dell'informazione sanitaria.

2.5. *Gli oggetti*

Non è strettamente necessario parlarne anche se per tanto tempo non si è parlato d'altro: infatti, individuati i soggetti di partecipazione e definito l'atto partecipatorio, si può ben dire che tutto ciò cui i primi applicano il secondo è oggetto di partecipazione. E si può dirlo non per coerenza formale, ma per la convinzione riaffermata che non ha senso, anzi ha un senso antipartecipatorio, definire *a priori* perimetri e contenuti dell'*U.S.L.* quindi gli oggetti della partecipazione.
Solo la comunità partecipante può farlo e può farlo con quella originalità di scelte (di luogo in luogo nello stesso tempo e di tempo in tempo nello stesso luogo) che è garanzia della sua libertà di determinarsi ed insieme verifica, autonomamente raggiunta, del proprio operare.
Ciò che si deve programmare pertanto, non è un certo tipo di *U.S.L.* ma una *U.S.L.* che possa essere di un certo o di un altro tipo: quello voluto dalla comunità locale. Possibilità non solo legale ma sostanziale: cioè rassicurata dalla disponibilità dei mezzi di attuazione ed assistita dalle competenze di cui possa avere necessità.
In questo senso è bene considerare ipotesi strutturali dell'*U.S.L.* purché — come abbiamo già detto — siano ipotesi sulla « struttura della partecipazione » e non solo sulla « struttura dell'efficienza », siano ipotesi sulle componenti modulari e non sulla architettura totale, siano ipotesi ispirate ad esigenze di articolazione e flessibilità piuttosto che di fissazione e consolidamento di un disegno purchessia. Nello stesso senso sarebbe male trattenerci ancora a discutere sulla superficie o sulla popolazione dell'*U.S.L.*, sulla corrispondenza numerica (1 : 1 o diversa) tra *U.S.L.* e *Ospedali*, sull'autosufficienza dell'*U.S.L.* in termini di servizi sanitari erogati, e su altri analoghi problemi la cui validità è in sostanza alternativa a quella delle tesi qui presentate.
Queste tesi suggeriscono di procedere centrifugamente per quanto riguarda la « densità » di partecipazione e quindi centripetamente per quanto riguarda la « dimensione » degli oggetti. Suggeriscono ancora che tale processo non deve avvenire per aggregazioni di strutture ma di funzioni: c'è veramente un nuovo livello aggregativo quando c'è una nuova funzione e viceversa.
Di ciò diremo più ampiamente nel prossimo capitolo sembrando giusto sottolineare in questo paragrafo che, come per i soggetti è stato necessario distinguerli in

1) individuali, 2) collettivi e 3) istituzionali al fine di non perderne, con la realtà sostantiva, la capacità decisionale, così per gli oggetti della partecipazione è necessario distinguerne la molteplicità per non smarrirne l'identità.

Se, come affermiamo convintamente, la comunità scolastica, il gruppo operaio omogeneo, la popolazione di quartiere sono esempi di autentici soggetti collettivi di partecipazione sanitaria è perché dalla scuola, dalla fabbrica, dalla residenza nascono domande di informazioni e proposte di decisioni che sono loro proprie, con propri diritti e necessità, ulteriori a quelli degli individui che vi raccolgono. A sua volta ciò è vero perché la residenza, la fabbrica e la scuola sono altrettanti esempi di fattori condizionanti la salute fisica e psichica dell'uomo. Pertanto come da esse partono non solo flussi informativi sul loro stato ma anche decisionali sullo stato proprio ed altrui così ad esse devono tornare non solo informazioni sullo stato proprio ed altrui ma anche decisioni di intervento sul loro stato. Ciò per dire che gli oggetti della partecipazione sanitaria non sono semplicemente quelli che la tradizione o l'uso corrente connotano con tale aggettivo: ma, naturalmente, tutti quelli la cui modificazione di stato determina modificazioni della salute individuale e collettiva. Ne consegue l'impossibilità di dissociare la partecipazione sanitaria da altre forme di partecipazione: quella scolastica, quella lavorativa, quella abitativa, etc. E ne emerge l'alternativa già adombrata più sopra: finché gli oggetti della partecipazione sanitaria sono in larga misura sotto altri governi (didattico, sindacale, comunale, etc.) occorre che questi entrino nel novero dei soggetti istituzionali della partecipazione sanitaria oppure che la partecipazione sia un modo di essere globale della società e investa ogni suo bene ed assetto.

A questa luce conviene dunque distinguere tra *oggetti sostanziali* e *oggetti strumentali* della partecipazione sanitaria, intendendo con i primi indicare quelli *sui quali* si interviene per modificare lo stato di salute dei singoli e della comunità e intendendo con i secondi quelli *con i quali* si operano tali interventi. In una logica settoriale, che tende a trasformare i sottosistemi sociali in sistemi autonomi è consueta la mistificazione dell'oggetto strumentale a oggetto sostanziale: l'ospedale deve ottimizzare la sua gestione; l'istituzione deve preservare la sua razionalità; l'operatore deve tutelare i valori assoluti dell'operazione e così via. Quanto più la parcellizzazione dell'atto medico si aggrava tanto più si esalta l'autonomia e la sostanzialità oggettuale dei suoi strumenti: così come la parcellizzazione del malato — ormai disfatta materia in cui ogni tecnico affonda le sue sonde — ne autonomizza i sintomi (facendone sostanza di malattia) sino a renderne illeggibile il messaggio. In un caso o nell'altro, e l'analogia non è casuale, si finisce col negare alla salute da una parte ed alla sanità dall'altra l'attributo di « sistema », ovvero a risolverne le relazioni perché i componenti possano essere rimontati nel disegno relazionale di un altro sistema — per esempio: produttivo — che alla sanità porta scarso interesse e tanto meno alla salute.

Converrà ancora precisare che gli oggetti strumentali della sanità, il cui uso deve essere partecipato per un fine condiviso, sono a loro volta sottosistemi non risolvibili senza denaturarne la sostanza: definiti quindi non solo nelle loro dimensioni fisiche o strutturali ma anche in quelle delle funzioni assegnate e rese. Nella loro classe si annoverano quindi enti e persone, istituzioni e istituti, operazioni ed operatori: tutti quelli utilizzati dalla volontà partecipatoria per realizzare se stessa.

Infine si sottolinea che gli oggetti della partecipazione sanitaria sono distinguibili in *modulari e singolari* a seconda della loro ricorrenza e dei modi di questa nella struttura dell'*U.S.L.* Singolare, ancorché non necessariamente unico, è l'*Ospedale* quando si pone come punto di convergenza di una particolare domanda e di erogazione di un particolare servizio. Modulare è certamente l'*Ambulatorio Distrettuale* in quanto definisce intorno a sé (vedi avanti) una pratica medica di base che compie un salto qualitativo quando più distretti si aggregano a costituire la *Sub-unità Sanitaria Locale*, a sua volta modulo della struttura maggiore che è l'*U.S.L.* Ma la modularità del *Distretto* è confermata dal suo poter diventare, integrandosi di funzioni, vera e propria *Sub-unità* così come la modularità di questa è nel suo potersi porre come *U.S.L.* propriamente detta. Questi argomenti saranno ripresi nel prossimo capitolo. Ora basti concludere sottolineando che la distinzione non è solo scolastica se rende immediatamente chiaro come la distribuzione degli oggetti singolari, giudicata spesso secondo criteri di efficienza, va giudicata secondo quei criteri di governo che abbiamo dato quali prioritari. Questi criteri operano come quelli di una non segregazione del malato dalla società, della sanità dalla vita collettiva. Per noi sono i criteri della partecipazione: gli oggetti vanno posti là dove questa se ne può appropriare.

3. Le strutture della partecipazione

3.1.

Così come l'abbiamo delineata per quei tratti che crediamo essenziali, l'*U.S.L.* appare come un *sistema* perché è veramente tale: un insieme di unità in relazione, noto cioè per conoscenza delle parti che lo compongono e delle relazioni che le connettono, in senso statico e in senso dinamico.

Naturalmente, come tutti i sistemi, può essere descritto secondo « struttura » o secondo « funzione » a misura che sia privilegiato il momento statico o quello dinamico. Ma poiché abbiamo visto essere la partecipazione al governo della *U.S.L.* che definisce di questa le funzioni cui subordina il funzionamento delle strutture, vogliamo continuare a vedere nella *U.S.L.* non soltanto un sistema sanitario, semplice aggregazione coordinata di enti e di servizi, ma anche un sistema partecipatorio.

Tale sistema — s'è visto — è fatto di: 1) soggetti individuali, collettivi ed istituzionali, 2) di oggetti modulari e singolari che si aggregano per livelli definiti da funzioni; 3) di flussi decisionali e informativi che legano gli uni agli altri.

Abbiamo cercato di mostrare come l'informazione non basti alla decisione e come questa non sia autonoma da quella. Ma conviene ora sottolineare che la progettazione di un sistema informativo è sempre una ipotesi sul potere che lo gestirà se non addirittura un'oblazione allo stesso. Così come il tipo di committenza definisce già le caratteristiche del sistema informativo per essa progettato.

Infatti i modelli di sistema informativo cui possiamo oggi fare riferimento, sono quelli costruiti secondo esigenze di razionalità ed efficienza di sistemi produttivi o di sistemi (v. ospedali) produttivisticamente interpretati. In essi si riflette l'immagine di un potere concentrato, di un processo decisionale discendente e di un processo informativo ascendente: un'immagine, cioè, contraddittoria di ciò che abbiamo chiamato partecipazione. Pertanto non è pensabile che il sistema informativo di una *U.S.L.* così come intesa da chi ne ha fatto la maggiore speranza progettuale di una sanità veramente riformata, possa essere descritto e costruito per mutuazione e adattamento dei modelli esistenti. Ciò non significa, naturalmente, rinunciare ad alcun portato delle esperienze raccolte, delle conoscenze acquisite e delle realizzazioni compiute in altri campi della sistemistica in generale e di quella informativa in particolare. Significa invece volerli utilizzare criticamente per l'esame e il confronto delle proposte, conservando alla originalità di implementazione della nuova struttura sanitaria locale la possibilità di definire originalmente il corrispondente sistema informativo del quale pertanto non è possibile e sarebbe comunque vano anticipare una dettagliata definizione.

E' possibile ed utile meditarne, sin d'ora alcune fondamentali caratteristiche strutturali e paradigmi di sviluppo.

3.2. *Livelli delle strutture partecipatorie*

L'*U.S.L.*, nella sua forma compiuta, esaurisce i bisogni sanitari dei suoi cittadini rinviandone, per competenza soltanto quelli di più rara occorrenza e più speciale esigenza all'ospedale regionale o ad altri presidi esterni al suo perimetro.

Naturalmente i bisogni sanitari non si esauriscono in nessuna delle componenti

mediche fondamentali: preventiva, curativa, riabilitativa. Ovvero, queste componenti totalizzano sempre l'atto medico ovunque si svolga, se pur in diversa misura ed a diversi livelli di organizzazione e qualificazione. Principali tra questi livelli sono: il Distretto, la Subunità e l'Unità.

Il Distretto

Può sembrare che il primo naturale livello di organizzazione *sanitaria* partecipatoria sia il settore, quell'unità topodemografica (1.000-1.500 abitanti) cui attende un medico residente di base. In situazioni di estrema dispersione residenziale non è da escludere che il settore assuma di fatto tale attributo, ma sembra più giusto riconoscerlo nel *distretto*, inteso non come multiplo (2-3) settoriale, ma come primo ambito di pratica medica globale. Se, infatti, questa è definibile, a livello di settore, quasi esclusivamente in termini di assistenza curativa e segnatamente domiciliare, la pratica medica a livello di distretto, pur essendo di base, assorbe, sviluppa ed integra anche altri momenti e, in particolare, quello preventivistico. Dal *settore* al *distretto* c'è — dunque — un primo salto di qualità e, quindi, una prima aggregazione qualificata da una nuova funzione. Infatti nel distretto è attivo un gruppo di operatori sanitari che non diluisce tutte le sue valenze funzionali in ogni membro della stessa né le distribuisce fissandone ciascuna a qualcuno, ma affida e riassume secondo necessità la funzionalità individuale e collettiva. Naturalmente ciò avviene a precise condizioni.

1. L'attività del gruppo medico deve trovare una sua forma organizzativa. Nasce la *squadra sanitaria integrata* la cui composizione è decisa dalla comunità distrettuale in ragione non solo della sua numerosità ma anche dei modi del suo insediamento e, soprattutto, dei suoi particolari problemi di salute. Tre medici residenti, un pediatra, un ostetrico-ginecologo, un dentista, un farmacista, una ostetrica, un'assistente sociale: tali presenze sono vagamente indicative per un generico distretto di 3.000-5.000 abitanti. Questa squadra deve agire come tale — pertanto deve avere un momento di coordinamento rappresentato dal *medico distrettuale*: non una presenza ulteriore ma una funzione circolante.

2. L'attività della *squadra sanitaria integrata* deve avere un adeguato supporto fisico (ambientale, strumentale, ecc.). Nasce l'*ambulatorio di distretto* non solo come luogo di attività diagnostica, terapeutica e profilattica ma come riferimento condiviso dai sanitari e dalla popolazione: non soltanto, quindi, un « punto di visita » ma anche un « punto di vista » — il meno elevato ed il più risolutore — sulla situazione sanitaria locale e l'attività medica corrispondente. E' da prevedere, o da auspicare, che presso l'ambulatorio distrettuale abbiano sede la farmacia ed eventualmente altri servizi ausiliari.

3. Anche e prima ancora, deve trovare il supporto necessario la partecipazione di base ai momenti decisionali e informativi della vita sanitaria distrettuale. Pertanto l'ambulatorio, oltre che predisporre ambienti e servizi per l'attività strettamente sanitaria (sale di attesa, sale di visita, sale di medicazione etc) deve attrezzarsi « come un terminal » informativo il che non significa necessariamente « come un terminale » elettronico. Gestirà quindi a livello distrettuale:

I) un archivio dei soggetti individuali e collettivi

II) un archivio degli oggetti sostanziali e strumentali

III) il coordinamento operativo delle attività sanitarie

IV) il collegamento con il servizio informativo della *Subunità Sanitaria Locale*.

Conseguentemente al *medico distrettuale* compete la doppia responsabilità di curare e conservare aperta all'accesso della partecipazione l'ultima efferenza dell'*U.S.L.* come sistema sanitario e la prima afferenza dell'*U.S.L.* come sistema informativo. L'uno e l'altro, qui raggiungendo l'estremo grado di localizzazione, sono anche al limite della differenziazione: per contenuti e per modi volta per volta definiti dalla realtà distrettuale (cioè: distribuzione della popolazione, tipologia lavorativa, situazione ambientale, prevalenze nosografiche, etc.) attraverso una interpretazione partecipata. Ciò indica la inopportunità (sia sul piano organizzativo sia su quello strumentale) di schemi precostituiti di gestione della informazione.

La subunità

Nasce come aggregazione di distretti ma si definisce e delimita come funzionalmente nuova rispetto alla somma delle loro funzioni.
Tale novità si rappresenta soprattutto in:
1. Una squadra di *medicina preventiva* che opera a livello interdistrettuale: all'attività preventivistica degli operatori sopra indicata cui si raccorda, questa squadra aggiunge quella promossa dall'esigenza e dal risultato di una conoscenza globale dell'ambiente in un perimetro naturalmente definito. « Naturalmente » significa qui che la definizione perimetrica non è raggiunta con criteri amministrativi ma attraverso una lettura del territorio e della realtà sociale che vi insiste. In particolare attraverso la ricognizione delle nocività ambientali compiuta dai soggetti stessi della partecipazione: è in questo modo che la comunità di base scopre la sua solidarietà nella solidarietà dei rischi cui è esposta la salute dei suoi componenti. Ciò significa anche che, se a livello di distretto si attua la tattica della prevenzione, la strategia corrispondente è propria della *Subunità* polidistrettuale. E' a questo livello, infatti, che prendono particolare rilievo i soggetti collettivi di cui si è parlato nel capitolo precedente.

2. Un *Poliambulatorio* che deve assicurare:

I) la complementazione dell'attività medica di base con le prestazioni specialistiche da essa richieste;

II) l'erogazione di tutta l'assistenza sanitaria capace di minimizzare la necessità del ricovero ospedaliero (la segregazione è sempre una perdita di partecipazione);

III) il funzionamento dei servizi medico-sociali (assistenza a domicilio, etc.) necessari al mantenimento del malato nel suo contesto naturale;

IV) il funzionamento dei servizi tecnici (laboratori, unità mobili, etc.) necessari all'attività preventiva e curativa.

A sua volta il *Polimabulatorio* dovrebbe essere non solo il luogo in cui sono erogate prestazioni sanitarie ulteriori a quelle di base ma la sede in cui la comunità « naturale » della *Subunità* può appropriarsi degli strumenti necessari alla sua volontà partecipatoria. Pertanto noi vediamo il poliambulatorio come parte tecnica di una struttura politica cui diamo il nome di

3. *La Casa della Salute*, una sede il cui ingresso — per la pluralità di funzioni ora assegnatele — non è più in alcun modo stigmatizzante: vi si accede, infatti, per partecipare alla gestione dei problemi sanitari della comunità, portandovi anche, ma non soltanto, il proprio che è anche, ma non soltanto medico. Nella misura in cui la *Subunità Sanitaria Locale* è davvero un ambito naturale e integrato di vita collettiva ed il vero modulo costruttivo della *U.S.L.*, la *Casa della Salute* deve porre, anche strutturalmente, sullo stesso piano:

I) l'assistenza

II) la consultazione

III) l'educazione

IV) l'informazione

affinché sia possibile e piena la sintesi partecipatoria delle decisioni.
Da qui la necessità di una nuova stazione del sistema informativo dove siano raccolti e donde vengano distribuiti, in un senso ai distretti e nell'altro al governo dell'*U.S.L.*, i dati originali ed elaborati attinenti alla situazione demografica, nosografica ed ambientale della *Subunità* oltre a quelli indicatori delle attività sanitarie (preventivistiche, poliambulatoriali, ausiliarie, etc.) svolte nell'ambito della stessa.
E' prevedibile che il flusso di informazioni corrente nei due sensi tra *Distretto* e *Subunità* non sia necessariamente gestito in modo automatico e ciò non solo per evitare investimenti sproporzionati ma per salvare ogni possibile grado di libertà al-

le scelte di base, anche in materia di informatica. E' del pari prevedibile che l'opportunità dell'automazione sia riconosciuta nel tramite della *Subunità* all'*U.S.L.*

Per gli attributi ora appena accennati è già chiaro il salto qualitativo dal *Distretto* o dal semplice aggregato di distretti alla *Subunità* che diventa il vero modulo costruttivo dell'*U.S.L.*, nella quale si trasforma non tanto per integrazione con altre quanto per acquisizione di nuove valenze funzionali, e, quindi, oggetti sostanziali e strumentali di partecipazione.

L'Unità Sanitaria Locale

Il perimetro dell'*U.S.L.*, secondo un concetto già precedentemente sviluppato, non è definito dagli oggetti che deve includere per adesione a uno schema prefissato ma si modella sui limiti di un'autentica partecipazione intesa come presenza di soggetti titolari del diritto di informazione e di decisione ed intesa anche come disponibilità di oggetti necessari a rendere la decisione efficace e l'informazione utilizzabile.

Si vuol dire che non è la presenza di un *Ospedale* che autentica un'*U.S.L.*, ma è l'*U.S.L.* che decide sull'opportunità di un proprio *Ospedale* o del ricorso a quello di un'*U.S.L.* viciniore. Così dicasi per il *Paraospedale*, per il *Servizio Preventivo*, per il *Servizio farmaceutico* e per quanti altri presidi siano di volta in volta riconosciuti come necessari.

La loro enumerazione e la loro descrizione appare pertanto irrilevante a questo livello di esame. Conviene invece sottolineare che essi sono altrettante componenti del sistema e che quindi devono subordinare la loro attività al suo governo. Noi non vediamo più l'*Ospedale* come vertice e morote dell'attività sanitaria locale, ma come servizio e tali vediamo anche le altre istituzioni che gli si paragonano e che abbiamo in parte nominate. Pertanto ne disconosciamo qualsiasi centralità al processo decisionale che per essere partecipatorio non può essere periferico.

L'*Ospedale* e gli altri servizi sono certamente sottosistemi, anche notevolmente complessi, che pongono il problema di propri sistemi informativi per un corretto esercizio delle loro attività. Ma il governo degli stessi è esterno a tali sistemi e prossimo al *centro del sistema informativo* dell'intera *U.S.L.* Tale *centro* è destinato ad archiviare, selezionare ed elaborare le informazioni primarie e secondarie che gli giungono dalle *Subunità* per ridistribuirle alle stesse come indirizzi decisionali e per coordinare l'*U.S.L.* al *Sistema Sanitario regionale*. In questo senso il *centro* si pone come strumento di sintesi informazionale per un governo di sintesi decisionale. La sua funzione non è quindi semplice né unica: deve infatti assumere informazioni dai servizi per distribuire loro decisioni ma distribuire informazioni ai soggetti della partecipazione per assumerne le decisioni. E' quindi naturale prevedere per esso l'adozione delle più vantaggiose risorse tecnologiche ma anche il controllo più attento, partecipato e politicamente avvertito del loro impiego.

3.3. *Lo sviluppo delle strutture partecipatorie*

La partecipazione non « è » ma « diventa » e diventa per forza non di decreto ma di esercizio. Quindi bisogna dimettere ogni ipotesi di governo sanitario improvvisamente partecipatorio che si *realizzi ope legis* in una qualsiasi situazione storica e medica, politica e tecnologica. Così come bisogna dimettere ogni illusione che il processo di crescente partecipazione possa compiersi senza risentire delle soluzioni tecniche e organizzative adottate nel suo corso.

Questa doppia preoccupazione ispira le considerazioni che seguono e che richiamano altre già sviluppate in precedenza. Avevamo fatto cenno della distinzione, nelle diverse sedi di attività dell'*U.S.L.*, tra *informazione di governo* ed *informazione di esercizio* associando alla prima il controllo della funzione ed alla seconda il controllo del funzionamento. Se ora utilizziamo questi termini per una lettura della situazione attuale — cioè di una fase che dovrebbe essere di transizione verso una sanità riformata — risulta che la maggior parte degli sforzi e degli investimenti per l'implementazione di sistemi informativi o di embrioni degli stessi sono dedicati alla gestione dell'informazione di esercizio piuttosto che a quella di governo).

Sono molti gli ospedali, certamente la maggior parte dei maggiori, che si vengono dotando di elaboratori o di centri di calcolo; così alcuni centri di prevenzione secondaria, così laboratori pubblici o privati di analisi cliniche, etc. Estrapolando un *trend*, sul quale molto incidono la pressione dei produttori e la depressione dei programmatori, non è azzardato prevedere un futuro abbastanza prossimo in cui la decisione di implementare un sistema informativo partecipatorio per l'*U.S.L.*, dovrà fare i conti con una realtà precostituita secondo tutt'altra ispirazione e di ben difficile recupero, proprio nel campo dell'informatica.

Naturalmente questo *trend* è soprattutto manifesto a livello di quelli che abbiamo chiamato *servizi* per la loro naturale tendenza a rivendicare come autonome le proprie esigenze di razionalità. A questi servizi avevamo negato ogni centralità nel processo decisionale che essi, però, ritrovano o almeno richiedono nel momento in cui propongono i propri modelli di gestione dell'informazione.

Senza insistere ulteriormente su un'analisi di cui è facile intravedere gli sviluppi, si vorrebbe dire che l'avvio alla partecipazione implica un'opzione che favorisca l'informazione di governo nei confronti di quella di esercizio. Tale opzione priorizza la costituzione dei *terminali informativi* presso gli *Ambulatori Distrettuali*, delle *stazioni informative* presso il poliambulatorio delle Subunità, e del *centro informativo* presso il governo dell'*U.S.L.* rispetto allo sviluppo di servizi di informatica presso i diversi servizi, ospedali inclusi. Se questi ultimi devono essere congrui a quelli è giusto che siano quelli a dettare i modi di questi e non viceversa, come sta forse avvenendo. Un'ulteriore opzione, che come la precedente è contraddittoria delle tendenze in atto o in espressione, è da farsi sulla direzione di sviluppo del processo: che deve essere centripeta nella misura in cui deve essere la partecipazione più periferica cioè di base che va incentivata ed assistita prioritariamente perché operi e non accetti la scelta di gestione diretta, mediata e delegata dell'informazione. Queste scelte contribuiranno poi a definire anche quelle proprie della partecipazione intermedia e centrale.

In sostanza e conclusione noi riteniamo che l'avvento dell'*U.S.L.* — se si darà e se darà corpo alle migliori speranze che ha suscitato — segnerà il passaggio da un'interpretazione insiemistica ad un'interpretazione sistemistica della sanità locale ed anche da un governo delegato ad un governo partecipato della stessa. Questa doppia e così fondamentale trasformazione non avviene come atto ma come processo che si definisce nel suo compiersi. Tanto il sistema sanitario quanto quello partecipatorio, ovvero il sistema operativo ed il sistema informativo, che insieme e non dissolubilmente sostanziano l'immagine sistemistica dell'*U.S.L.* si sviluppano e si definiscono a misura della loro interazione. Affermare che questo sviluppo non deve essere determinato ma assistito, che ha meno bisogno di regole che di gradi di libertà, che deve essere protetto dalle suggestioni tecnologiche del capitale pubblico e privato, che — insomma — deve potersi determinare in modo veramente autonomo, significa optare non per un'astensione scientifica, anzi per un impegno maggiore.

BIBLIOGRAFIA

Goldman L. in *Il concetto di informazione nella scienza contemporanea*, De Donato, Bari 1971.

Lapping B., Radice G., *More Powar to the People*, Fabian Soc., London 1968.

Maldonato T., *La speranza progettuale*, Einaudi, Torino 1970.

Parsons T., *Il sistema sociale*, Comunità, Milano 1968.

Shils E., *Planitude and Scarcity*, Encounter, Londra 1969.

Democrazia e potere

La nuova necroscopia a due anni dalla morte dell'anarchico

Nominati i periti: fra una settimana verrà riesumata la salma di Pinelli

La tendenziosità del primo esame - Presenti anche i periti nominati dalle parti - Il 22 il giuramento degli esperti di fronte al giudice istruttore D'Ambrosio

Il caso Feltrinelli

ALTRI DUBBI DOPO UN NUOVO SOPRALLUOGO

Gravissimi sospetti avanzati dal prof. Maccacaro sulle lesioni al cranio: Feltrinelli fu bastonato prima dell'esplosione? - Identificato lo sconosciuto che portò a riparare il furgoncino: è fuggito

Un parere «pro-veritate» presentato al giudice D'Ambrosio

La tesi del «suicidio» di Pinelli contestata da 13 illustri fisici

Trentatrè cartelle dattiloscritte, dense di argomenti scientifici inoppugnabili - L'inchiesta fu riaperta nel 1971

MILANO - Effettuato ieri l'esperimento giudiziale sul «volo» dalla finestra della Questura

Le prove con il manichino contrastano con la tesi del suicidio di Pino Pinelli

Per cinque volte è stata simulata la caduta del corpo dalla finestra dell'ufficio del commi-
Il quarto lancio si è rivelato molto simile alla tragica realtà - All'esperimento erano pre-
Bianchi d'Espinosa, il giudice istruttore, i periti, i consulenti di parte, gli avvocati d-

Aperto dissenso con le conclusioni della perizia «ufficiale»

Depositata la consulenza di parte: Pinelli non si uccise, fu «lanciato»

I difetti di fondo dell'accertamento ordinato dal Tribunal... -nsistenti le pretese motivazioni del su...

I patroni di Pinelli chiedono nuovi accertamenti

Fu proprio un suicidio?

Un documento indirizzato alla Procura - Una dura denuncia delle carenze e delle ambiguità dell'istruttoria

IL PRIMO ACCERTAMENTO DELL'AUTOPSIA

Feltrinelli è morto per l'esplosione Rimangono ancora molti interrogativi

Il decesso avvenuto per dissanguamento - Un comunicato della Procura della Repubblica - Rilevate lesioni al cranio e al torace - Ancora da accertare una eventuale presenza di tossici - Si cercano probabili suoi accompagnatori - Non è stata ritrovata la chiave del furgoncino proveniente dal Veneto

Giuseppe Pinelli: il suicidio impossibile

« l'astrolabio », 18 ottobre 1970, n. 41

di R. Boeri, E. Fachinelli, G. Jervis e G. A. Maccacaro

Nella notte tra il 15 e il 16 dicembre 1969 Giuseppe Pinelli precipitava da una finestra della Questura di Milano. In queste note non intendiamo — pur essendo medici — proporre una controperizia, basata, come di solito succede, sulla ricerca di difetti e imperfezioni della perizia precedente. Così facendo, correremmo il rischio di mantenerci nel piano di una contrapposizione meccanica di tesi, che certo non gioverebbe alla ricerca della verità sulla morte di Pinelli e nello stesso tempo confermerebbe la validità di quell'ambito puramente legale in cui questa morte è stata assorbita e trasformata in un « caso » pronto per l'archiviazione, perlomeno dal punto di vista penale. Intendiamo invece mostrare come questo ambito, proprio attraverso l'impiego di una serie di accortezze e astensioni tecniche, sia stato utilizzato dal potere per risolvere una situazione difficile. Ci basiamo a questo scopo sulla perizia medico-legale, opera dei professori Luvoni, Falzi e Mangili, sulla richiesta di archiviazione del sostituto procuratore Caizzi (14. 5. '70) e sul successivo decreto di archiviazione (3. 7. '70) del giudice Amati.

La morte di un uomo che precipita da una finestra del locale di polizia in cui viene interrogato, a tre giorni da una strage, suscita una « innegabile emozione » (Amati) e si pone subito « al centro di vibrate polemiche, in buona parte alimentate da alcune dichiarazioni di organi responsabili delle indagini » (Caizzi). In questa situazione, che vede nascere le più inquietanti congetture, il procuratore Caizzi dispone la sezione del cadavere; al termine di questa, egli pone ai periti il seguente quesito, che sarà bene leggere attentamente: « Dicano i periti, eseguito ogni opportuno accertamento, quale sia stata la causa della morte di Pinelli Giuseppe e se le lesioni riscontrate nel corso dell'autopsia siano compatibili con le modalità di precipitazione prospettate in atti e se siano state riscontrate lesioni di altro tipo, precisandone l'eventuale eziologia ». Si tratta di una domanda molto ampia, non c'è dubbio, la cui formulazione però impone immediatamente, *in questo caso concreto*, alcune considerazioni. In un caso di morte sospetta, qual è quella di Pinelli, è logico che il giudice chieda ai periti 1) la causa della morte e 2) se è possibile stabilire il tipo di modalità lesiva (suicidio, omicidio, incidente e così via) che, stando ai reperti di autopsia, cioè rimanendo in un ambito puramente tecnico, ha provocato quella morte. Invece il procuratore Caizzi divide la domanda 2) in due parti: chiede se le lesioni riscontrate sono *compatibili* con la modalità lesiva descritta in atti — cioè descritta dai *funzionari e agenti di polizia che interrogavano Pinelli* — e se vi sono altre lesioni, di diversa origine. In questo modo, è possibile, per esempio, prevedere una risposta in cui si dica che esistono lesioni compatibili con la modalità di precipitazione descritta dalla polizia *accanto*, eventualmente, a lesioni di altro tipo. Ai periti non si chiede di stabilire, tecnicamente, quale tipo di modalità lesiva sia intervenuto, ma di vagliare una relazione di compatibilità con una *particolare* modalità lesiva, segnalando, a parte, eventuali altre lesioni. Così facendo, il procuratore è nel suo diritto: propone il quesito che ritiene opportuno, e nessun altro. Ma nel suo quesito si profila una delimitazione dell'indagine, che *non* è motivata dalla necessità di non uscire dall'ambito tecnico della perizia; al contrario, essa consentirà di fatto ai periti, come vedremo ora, una risposta la cui attendibilità propriamente tecnica è ridotta, mentre ne è rafforzato il valore di sostegno nei confronti della ricostruzione dei fatti che il giudice propone.

Non abbiamo elementi per dubitare della esattezza dei reperti obiettivi descritti dai periti; Pinelli è effettivamente morto per, e soltanto per, un « complesso traumatismo che ha provocato lesioni multiple scheletriche e viscerali in

Questo documento elaborato da noi tre con Giulio è il prodotto di una serie di incontri e di discussioni svoltesi nel corso dell'estate 1970. Esso nacque come risposta critica alle distorsioni, alle reticenze e alle inammissibili conclusioni delle istruttorie condotte sulla morte di Pinelli da parte dei magistrati milanesi Caizzi ed Amati. Era nostra precisa intenzione che il documento rompesse il piano delle cosiddette perizie tecniche per affrontare politicamente e criticamente l'intera questione. Venne pubblicato parzialmente dall'« Espresso » e per intero soltanto dall'« Astrolabio ». La stampa quotidiana di ogni parte politica si limitò a darne scarsissimi accenni.
Ripubblicare questo documento oggi ci sembra la miglior testimonianza di ciò che Giulio è stato e ha rappresentato per noi in questi anni.

Renato Boeri, Elvio Fachinelli, Giovanni Jervis

sede toraco-addominale ». Le difficoltà interne, tecniche, della perizia cominciano nel momento in cui i periti asseriscono che tali lesioni sono « compatibili » (anzi, « si accordano ») con la « modalità lesiva prospettata in atti ». Per dare questa risposta in modo tale che essa abbia un significato per il giudice, essi sono infatti costretti, primo, a commettere una omissione essenziale per la discussione diagnostica, secondo, a prospettare alla ricerca una impossibilità infondata.

L'omissione consiste nel non dire che le lesioni da precipitazione sono caratterizzate dal fatto che di per sé esse dicono di solito assai poco, se non nulla, sull'evento — suicidio, omicidio, disgrazia — che le ha provocate. Si tratta di una osservazione medico-legale talmente importante che si ritrova in ogni trattato, e sarà quindi necessario citarne qualcuno per esteso. Ponsold, *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin*, 1957, pag. 338, così si esprime: « Vi è quindi da accertare se la caduta dall'alto sia stata accompagnata da svenimento (assenza di coscienza). La caduta dall'alto è di solito una disgrazia o un suicidio. Questo però non si può desumere dal reperto autoptico considerato da solo ». Hauser, *Gerichtliche Medizin*, 1957, pag. 74. « Una morte per caduta dall'alto non si può in generale riconoscere attraverso l'autopsia (tracce di lotta!) e quindi nei casi dubbi un sopraluogo è sempre necessario per poter trarre eventuali deduzioni » e più avanti, pag. 75: « ... speciali problemi medico-legali possono sorgere se la caduta è avvenuta soltanto in un secondo tempo ed è presente uno stato di morte per ragioni interne naturali, o se, essendo presente una sofferenza organica, la caduta è avvenuta per dolore, debolezza o svenimento. Per una sicura valutazione della caduta dall'alto il reperto autoptico da solo perciò non può bastare. Una ispezione in loco e la conoscenza di tutte le altre circostanze sono necessarie per una valutazione definitiva ». Formaggio, *Medicina legale*, 1956, pag. 48: « ... in molti casi che sembrerebbero dovuti a suicidio assai spesso vengono formulate molte riserve con più o meno fondate ragioni. Il perito medico-legale dovrà in ogni caso essere estremamente prudente nel convalidare, in mancanza di elementi di giudizio significativi, l'ipotesi del suicidio ». Anche questo autore segnala la necessità di una « accurata ispezione della località » ove è avvenuta la precipitazione per stabilire se si tratta di suicidio, disgrazia od omicidio. Carrara e coll., *Manuale di medicina legale*, 1937, vol. I, pag. 441, concludono nel modo seguente la loro trattazione: « Dati sicuri od anche di sola probabilità per la diagnosi differenziale tra suicidio, omicidio o disgrazia accidentale, non si ricavano, salvo circostanze eccezionali, dal solo esame del corpo del precipitato. Il complesso delle condizioni nelle quali il fatto è avvenuto e delle circostanze estramediche potrà portare qualche chiarimento sul movente della precipitazione ».

La risposta completa dei periti sarebbe quindi dovuta essere: le lesioni riscontrate sono compatibili *anche* con una diversa modalità di precipitazione (omicidio-disgrazia), proprio sulla base di conoscenze tecniche sicure; oppure: il quesito propostoci non ammette una risposta non tendenziosa, da un punto di vista logico e tecnico; si rende perciò necessario un supplemento di indagine da parte del giudice, volto a chiarire le circostanze estramediche dell'evento (esperimento giudiziale, ecc.). Ma i periti fanno il loro mestiere, a volte triste mestiere, e a domanda rispondono, come vuole la legge.

Per sostenere la loro risposta, essi sono per di più costretti a prospettare come si è detto, una impossibilità infondata. Vale a dire, mentre discutono per alcune pagine sul modo in cui il corpo ha urtato contro il suolo, essi asseriscono che « è da ritenersi impossibile una ricostruzione assolutamente esatta della cinematica dell'evento ». La finezza del linguaggio e la cautela della formula non bastano a coprire la rinuncia all'indagine: se una ricostruzione assolutamente esatta è impossibile, non per questo è impossibile una ricostruzione sufficientemente esatta. Agli atti esistono descrizioni diverse che consentono perlomeno l'inizio di un processo di ricostruzione della « cinematica », e che esigono quindi d'essere confrontate: Pinelli si è tuffato dalla finestra (lo dicono tutti i funzionari di polizia), è stato afferrato per un piede (Panessa), è caduto battendo sui cornicioni (il triplice tonfo udito da Palumbo). Per i periti Pinelli « avrebbe battuto contro i rami di un albero ». Avrebbe. Un albero. Sembra di sognare.

Questa vaghezza lascia aperta, e problematica, l'interpretazione di alcuni reperti fondamentali. Le « lesioni scheletriche e viscerali produttive della morte » sono « localizzate a livello toracico e addominale ». La massima energia di urto si è esercitata dunque a livello toracico e addominale. L'interpretazione di questo dato è della massima importanza, ed esso solo avrebbe richiesto l'ispezione e l'esperimento giudiziale, perché l'impatto con il tronco, anziché con il capo o con gli arti, e le conseguenti fratture alle vertebre, alle coste, al bacino, anziché al capo e agli arti, sono *più frequenti nel caso della precipitazione di un corpo esanime* che negli altri casi di precipitazione, come si rileva dalla letteratura medico-legale. A ciò si aggiunga che mancano per contro nel cadavere quelle lesioni indirette, dovute al gioco delle azioni muscolari, che sono un reperto frequente in stato di coscienza vigile. Nella perizia si legge inoltre la descrizione di un'area grossolanamente ovulare, sulla superficie posteriore del torace, alla base del collo, « di cm 6 x 3,

nella quale l'epidermide appare lievemente ispessita con maggior evidenza del disegno reticolare, di colore più chiaro rispetto alla cute circostante che appare violacea per ipostasi: al taglio, con infiltrazioni emorragiche dell'epidermide e del derma ». Di questo reperto cutaneo non si dà alcuna spiegazione particolare; dovremmo quindi ritenere che vada anch'esso riferito ad « un'azione lesiva di tipo contusivo », come le escoriazioni e ferite lacere ritrovate da ischemia anziché da infiltrazione emorragica dei tessuti: essa ripropone perciò il problema della modalità contusiva che l'ha indotta. Se così non è, allora essa è l'indizio della curiosa tendenza dei periti a limitare il loro pensiero, oltre che la loro azione, alla pura constatazione anatomica.

La risposta che i periti danno alla domanda del procuratore è dunque esatta; ma nascendo dalla esclusione di altre risposte equivalenti, e non menzionando la necessità di altre indagini, essa è tendenziosa. Vediamo ora l'uso che il procuratore ne fa. A pagina 10 della sua relazione troviamo scritto: « La versione della volontarietà del gesto di Pinelli, sostenuta dai testi presenti e convalidata dai risultati della perizia medico-legale, trova ulteriori conferme... » eccetera. Il circolo si chiude. Noi sappiamo che le lesioni riscontrate sul cadavere parlano a favore del suicidio in misura non superiore, e forse inferiore, a quella in cui parlano a favore dell'omicidio o della disgrazia. Ma la domanda sapiente del procuratore, a cui ha fatto eco la risposta accorta dei periti, fa sì che il risultato della perizia suoni convalida del suicidio. Il procuratore, con il contributo essenziale dei periti, si trova insomma ad aver costruito oggettivamente una sorta di sillogismo, che potrebbe avere la seguente configurazione: 1) *in taluni casi*, le lesioni da precipitazione sono dovute a suicidio; 2) Pinelli presenta queste lesioni; 3) dunque Pinelli si è suicidato.

Non occorre avere approfondito la logica medievale per rendersi conto che questo modo di sillogizzare è invalido: per considerare la conclusione (« Pinelli si è suicidato ») una deduzione corretta, bisognerebbe infatti poter presupporre che *in ogni caso* le lesioni da precipitazione siano dovute a suicidio.

Ma infine, quali sarebbero le motivazioni di questo suicidio? Su questo punto il procuratore Caizzi è rapido e sbrigativo: si tratta di una « libera scelta », intervenuta al seguito di un « meccanismo non precisamente individuabile » che si è manifestato in occasione della rivelazione simulata del commissario Calabresi (« Valpreda ha detto tutto »). Chi si sofferma piuttosto a lungo su questo punto è invece il giudice Amati, ed è anzi questo che caratterizza sostanzialmente il decreto d'archiviazione rispetto alla relazione del procuratore. (L'asserzione, per esempio, a pag. 52, che « il suicida era fisicamente nella pienezza delle sue forze, come la perizia d'ufficio ha indiscutibilmente assodato », non fa che ripetere, rendendola ancora più « indiscutibile », l'argomentazione sopra indicata del procuratore).

Colpiscono innanzitutto alcuni particolari. Tra le motivazioni che secondo Amati possono aver portato Pinelli al suicidio, e che egli viene enumerando secondo una curiosa tecnica di accumulazione, vi sono la paura di perdere il posto, « per i gravi sospetti che si nutrivano nei suoi confronti e per le contestazioni che gli erano state fatte sull'alibi da lui dato a giustificazione dei vari movimenti che egli aveva posto in essere il pomeriggio del 12 dicembre », e la paura di perdere la « generale estimazione dei Funzionari delle ferrovie dello Stato, di cui egli era dipendente, in quanto egli, ferroviere, sarebbe andato a deporre od avrebbe concorso a fare esplodere nell'atrio principale della Stazione Centrale una bomba ed addirittura, prima di partire per Roma, la sera dell'8 agosto 1969, avrebbe deposto una o due bombe su due treni sostanti sui binari 11 e 14... ». Di fronte all'immagine di questo anarchico che, sospettato di attentati sui treni, comincia a temere di perdere il posto e insieme la generale estimazione di Funzionari delle ferrovie, al punto tale da suicidarsi, bisogna dire che il giudice Amati ha raggiunto una punta di grottesco psicologico difficilmente superabile e forse unica nelle biografie di anarchici. Superata forse soltanto dalla noncuranza con cui, per inquadrare psicologicamente il caso, egli ricorre a vecchi e insoliti testi psichiatrici, la cui validità si potrà misurare dalla seguente illustrazione, che egli cita, del « suicidio impulsivo » (in cui rientrerebbe Pinelli): « Questi (l'impulsivo) deve spesso essere assicurato perfino con collare, per evitare che si morda, mentre non rileva alcuna sofferenza, eppure, lasciato libero, può spaccarsi improvvisamente il cranio o lanciarsi dall'alto, quasi che una furia distruttrice ghermisse od azionasse, alla sua insaputa, i suoi muscoli. Il suo gesto non germina quindi dal delirio, perché non è il logico prodotto di un motivo irreale, ma è l'espressione di una scarica nervosa motoria, che dissocia il movimento da ogni elemento di coscienza ». Quindi un Pinelli che, se prima temeva di perdere il posto, ora è ridotto a furia muscolare esclusa dalla coscienza.

Non è il caso di insistere su queste descrizioni troppo criticabili quanto piuttosto di chiedersi a che cosa servono, nel contesto del discorso del giudice. Servono ad allineare, in una sorta di registro indifferente, altre circostanze ben altrimenti significanti e indicative di una situazione di violenza morale su cui è imbarazzante soffermarsi. Vale a dire, la rivelazione di Calabresi (« Valpreda ha detto tutto ») e l'accusa di Allegra (« Allora sei stato tu a mettere la bomba all'ufficio cambi »). Entrambe sono false: la prima, lo sappiamo dal processo in corso; la seconda da una dichiarazione che lo stesso Amati inserisce, in strana forma nel suo decreto (pag. 48: « ma quando mai si è parlato di una responsabilità del Pinelli nel corso della complicata e lunga istruttoria contro gli attuali detenuti? ») [detenuti per gli attentati del 25 aprile]. Ma entrambe sono dichiarazioni che bruciano: tant'è che Allegra, nella sua ricostruzione dei fatti in data 22 gennaio 1970, diretta alla Procura della Repubblica, cita la frase di Calabresi e *tace la propria*, e che in data 16 gennaio 1970 alcuni degli agenti presenti alla morte del 15 dicembre si preoccupano di anticipare la frase di Calabresi di varie ore, creando così un notevole intervallo di tempo tra essa e il descritto suicidio di Pinelli. Il giudice Amati è consapevole della importanza di questi elementi, e a differenza del procuratore Caizzi, che glacialmente accenna alla « sorprendente reazione alla simulata rivelazione del Commissario Calabresi », dice testualmente: « Il suo choc intimo deve essere stato tremendo ».

Se c'è stato questo « choc intimo », questa « intima disperazione », che ha portato alla morte un innocente, se cioè ci vogliamo mantenere nel piano del descritto suicidio, la sua ragione non va ricercata nel temperamento impulsivo o nel timore di perdere il posto, ma nella situazione di sfibramento fisico, di tensione psichica e di violenza morale a cui è stato sottoposto Pinelli per opera dei funzionari di polizia. Queste sono le conclusioni che si possono trarre dalla lettura del decreto di archiviazione. Altre e più inquietanti ipotesi sorgono, come abbiamo visto, da un esame accurato del materiale disponibile. Ma queste *non* sono le conclusioni e ipotesi che il dottor Amati vaglia nel suo giudizio, e il suo è, appunto, un decreto di archiviazione.

Tra l'estate del '71 e l'estate del '72 — in un periodo caratterizzato da contrasti fortissimi, da provocazioni e attentati e assassinii messi in opera nella strategia della tensione e poi subito riassunti come spunti di partenza per massicce azioni repressive — si elaborò a Milano un supplemento mensile della rivista « Abitare », edita e diretta da Piera Peroni. La testata era « Se »: e l'intenzione, maturata nel contesto di alcune fortunate coincidenze, era quella di procedere a un'analisi — con strumenti scientifici da verificare continuamente e in un'ottica di classe — dei problemi collettivi e individuali che l'organizzazione capitalistica della città, del territorio, dell'ambiente poneva in una prospettiva sempre più drammatica di alienazione, di sfruttamento, e, tanto spesso, di morte. Un supplemento a dir poco singolare per una rivista, sia pure « illuminata », di arredamento: e, infatti, se ne pubblicarono solo cinque numeri; il sesto — elaborato, scritto, stampato — fu destinato al macero prima che raggiungesse le edicole.
All'elaborazione del « Se » — cercando anche di sperimentare un lavoro collettivo interdisciplinare — contribuì un gruppo di intellettuali, ricercatori, studenti, alcuni dei quali dovevano ritrovarsi, più tardi, nelle riunioni di fondazione della nuova serie di « Sapere ». Tra di loro era Giulio Maccacaro, che organizzò e indirizzò l'inchiesta L'habitat corrotto, *pubblicata nel secondo numero del mensile, e scrisse alcune note, tra le quali le tre che qui ripubblichiamo. Il suo contributo fu decisivo per la dinamica del gruppo, oltre che per il discorso condotto dal giornale: con il suo rigore e la sua passione, con il suo ingegno straordinario e la sua umana immediatezza, Giulio offriva una misura per il lavoro di tutti. In quel periodo, egli aveva rinunciato a collaborare a quotidiani e riviste di grande tiratura che continuavano a sollecitarlo, perché amava dichiarare intiero e preciso — anche facendo nomi e cognomi — il suo pensiero: coerentemente, nel « Se » — pubblicazione di modesta tiratura e di sorte incerta, ma negata agli opportunismi — il suo impegno fu senza riserve.*
Nei suoi scritti su quei sei numeri del mensile, Giulio anticipò alcuni dei problemi che negli anni successivi sarebbero stati al centro di accesi dibattiti; intuì le proporzioni di fenomeni che stavano per diventare di massa; svelò, collocandosi in un'ottica giusta e inedita, l'essenza di problemi che non solo la pubblicistica corrente ma anche la scienza ufficiale mistificava o stravolgeva. Lo fece nel suo stile chiaro e affascinante: perché egli era anche uno di quei rarissimi scienziati che sanno comunicare le proprie conoscenze e le proprie riflessioni rendendo il lettore partecipe della ricerca. Era uno scrittore. E nutriva i suoi scritti di esperienza: come testimoniano anche gli articoli che qui ripubblichiamo, era attentissimo ai piccoli fatti quotidiani, ai racconti nei quali la gente riversa il proprio vissuto, agli squarci improvvisi di verità che ciascuno può offrire esprimendo la propria soggettività. Proprio da questa vigile e affettuosa partecipazione alle vicende altrui, che non gli consentiva mai di risparmiarsi, egli traeva gli elementi per capire, ben oltre i « dati », la sostanza viva dei problemi: e per questo appariva spesso profetico. Del resto, in lui la ricerca e la riflessione precedevano soltanto l'azione: i temi da lui trattati sul « Se » erano parte di un discorso che costruiva da anni e di iniziative che, appena possibile, avrebbe cercato di promuovere, per cambiare la realtà sulla quale aveva riflettuto. Cinque anni dopo, per esempio, le osservazioni contenute nell'articolo sui bambini in ospedale — testimonianza, ancora una volta, della capacità di Giulio di leggere in profondità nei problemi che tanti altri si contentano di catalogare e archiviare — si traducevano in un lavoro con un gruppo di madri e approdavano alla formulazione di una « carta dei diritti del bambino ».

Giovanni Cesareo

Nuovi untori per la nuova peste

« Se », supplemento al n. 100 di « Abitare », novembre 1971

Con assiduità ormai quotidiana, con insistenza divenuta assillante ci viene ricordato che esistono la « droga » e il *problema del suo uso*. Ma esiste — grave e allarmante, benché accortamente dissimulato — l'*uso del suo problema*. Comincia proprio con la scorretta accezione collettiva del termine « droga »: a confondere sotto un'unica etichetta sostanze ben diverse per natura ed effetti. Ma chi se ne serve per giustificare un'unica censura non è disposto a riconoscere che è « droga » *qualsiasi sostanza che, assunta dall'organismo, ne modifica una o più funzioni.* Eppure questa non è *una* ma la definizione formulata dal Comitato di Esperti sulla Droga dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. E' infatti l'unica scientificamente esatta. Tuttavia ben si addice a qualsiasi farmaco e qualsiasi veleno, a loro volta diversi soltanto per la dose somministrata e la sensibilità di chi la riceve. Se ogni farmaco è un possibile veleno e ogni veleno un non impossibile farmaco quanto di farmaco e di veleno è in ogni « droga »? Occorre, evidentemente, una definizione più restrittiva e specifica che associ all'immagine del « drogato » i connotati dell'assuefazione all'uso e dell'incapacità all'esistenza che lo rendono dipendente dal suo farmacoveleno. Anche questa dipendenza è stata attentamente definita dagli esperti dell'OMS « *uno stato psichico e talvolta fisico, risultante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza, caratterizzato da reazioni di comportamento o di altra indole che sempre comprendono una forte sollecitazione ad assumere la sostanza*, continuativamente o periodicamente, *per godere dei suoi effetti psichici e talvolta per ovviare al disagio della sua mancanza. Una persona può essere dipendente da più di una droga* ».
Ineccepibile: in quest'ambito trovano il loro posto marijuana e mescalina, amfetamine e coca, eroina e acido lisergico, hashish e tutte le voci ben note a un sottufficiale della polizia specializzata. Ma, si badi, anche alcool, nicotina, caffeina e psicofarmaci quali ansiolitici, antidepressivi, sonniferi etc. Ognuna delle voci di questo secondo gruppo, esattamente come ognuna del primo, può essere sostituita alla parola « sostanza » nelle definizioni dell'OMS conservando a queste l'intero

ed esatto significato. Tuttavia i due gruppi non sono permutabili: sul primo cadono, durissimi, la sanzione morale e il rigore giudiziario; al secondo toccano solo occasionalmente blandi ammonimenti a copertura dei robusti incentivi e dei colossali profitti cui non mancano il consenso e la tutela della legge. In realtà non esiste una definizione scientifica — chimica o medica — della « droga » intesa come sostanza di cui devesi punire l'uso e il possesso, ma soltanto una definizione sociale. Una « droga » è ciò che la società chiama droga: niente di più. Società diverse in altri tempi, società contemporanee in altri paesi hanno ben diversamente giudicato e distinto il proibito dal lecito, il vizio dal conforto.

La nostra — quella del capitale — non è capace di giudicare così come non è interessata a distinguere: separare per reprimere (ben altra cosa) è il suo interesse. A questo serve che la diffusione della droga sia a un tempo perseguita e perseguitata, promossa e repressa, come di fatto avviene. Se ne puniscono duramente non solo gli effetti molesti (è il caso dell'alcool) ma anche l'uso privato e persino il semplice possesso. A tal fine la diligenza repressiva ha sottigliezze mirabili e stupende intuizioni: una cartina incollata sotto l'automobile di un'incensurata signora, un mozzicone senza marca nella borsetta di una ragazza irrequieta, lo sguardo un po' assorto di un capellone scalzo: non è occorso di più per una notte in camera di sicurezza o un mese di carcere. Forse, tra poco, basterà anche meno.

Ma si tratta, in ogni caso, di una repressione tutta periferica, agli estremi capillari del consumo e del piccolo smercio. Cui fa riscontro la manifesta (!) incapacità (?) di individuare, raggiungere e colpire i gangli centrali della produzione e del mercato: quelli da cui dipende realmente la diffusione della droga e l'incentivazione del suo uso. Forse sono troppo difficili da scoprire anche per una polizia che intercetta le telefonate dei magistrati, che nasconde microfoni nelle aule scolastiche, che dissimula un informatore in ogni « gruppetto » maoista. Troppo misteriosi, anche se a Beirut un taxista può dirvi cosa trattino certe rappresentanze italiane di alimentari, anche se a Stoccolma si fanno nomi italiani per la fornitura di amfetaminici; anche se per certi uffici di Washington i « luoghi notevoli » in Sicilia non sono esattamente quelli segnalati dal Touring Club Italiano.

Niente di nuovo, per carità: altre inquisizioni hanno coltivato l'arte di punire nelle vittime l'assoluzione dei colpevoli. Così come da sempre i colpevoli sanno sdebitarsi offrendo altre vittime all'inquisizione. Si vuol dire che la protezione accordata dal potere alla droga è fin troppo evidente. Ma va riconosciuta la protezione che la droga concede al potere nella misura in cui — accettando di essere colpita da quella quota marginale tacitamente concordata e oculatamente conteggiata nell'analisi dei costi e dei profitti — gli offre così i mezzi come i pretesti di ben altre repressioni.

Infatti dalla droga repressa alla repressione drogata il passo è tanto breve che è già stato compiuto. Posso documentare quanto segue: l'introduzione di tranquillanti nel latte per i bambini di un brefetrofio (Reggio Emilia); la somministrazione di sedativi agli scolari « irrequieti » di una città (Omaha, Nebraska); la prescrizione di ansiolitici a operai scontenti di un lavoro ossessivo e pericoloso (Librium, Roche); la distribuzione di droghe ai soldati di un generale che vuole il massacro (Westmoreland, Vietnam). Solo lo spazio mi limita a una esemplificazione frammentaria, eppure estensiva, di un fenomeno sistematico.

Perché la manipolazione chimica del comportamento umano non è più un'ipotesi ma una pratica del potere, per il compimento dei suoi obiettivi di sempre: distruggere la ribellione e indurre il ribelle a distruggersi.

La « droga » serve bene entrambi gli scopi. E un terzo: dare a chi ne va facendo una peste la possibilità di inventarne ancora una volta gli untori.

Come ti curo il pupo

« Se », supplemento al n. 103 di « Abitare », marzo 1972

Biancaneve e i Sette nani, gatto Silvestro e Paperino, Pinocchio e la Fata Turchina: di panno o di *péluche*, dipinti sulle pareti o decalcati sui vetri, non è raro incontrarli, con altri festosi ornamenti e rallegranti figurazioni, anche nelle camere di un comune reparto pediatrico.

Perché i malati più piccoli si distraggano, si rasserenino, si sentano a casa. Storie.

Un bambino di pochi mesi e di pochi anni non può essere ingannato più di quanto sappia ingannare egli stesso. E a lui in ospedale, di quei pupazzi e figurine festanti non gliene importa niente. Se riuscisse a capacitarsene, sarebbe il primo a scoprire che tutte quelle cose sono lì per i « grandi »: perché i « grandi » possano andarsene senza troppo soffrire, convincendosi della sua gioconda compagnia, quando lo lasciano solo, assolutamente e disperatamente solo.

Per un infante non c'è che solitudine lontano dalla famiglia e soprattutto dalla madre o da chi gli è tale. Il suo orizzonte si chiude ove scompare quell'immagine, il mondo è freddo dove non abita quel calore, lo spazio è muto se non risuona di quella voce. Lo svezzamento dalla madre è ben più lungo, difficile e penoso che quello dal suo seno. Per i primissimi anni — pur negli intrecci di un rapporto complesso — ella è il rifugio e la sua certezza, la protezione ed il suo possesso, la sicurezza ed il suo pegno.

Il bimbo non abita la casa, abita ancora la madre: con la madre la sua casa è ovunque; senza, in nessun luogo. Tanto meno in una cameretta d'ospedale, come che sia luminosa, confortevole e agghindata. Così, quando debba esservi ricoverato, vi conosce la prima separazione dalla sicurezza, il primo incontro con l'ansia. Come vive questa esperienza, come ne risente, la subisce, la supera? Risponde molto bene a queste domande un libro che mi auguro di vedere presto tradotto (J. Robertson, *Young Children in Hospital*, Tavistock, Londra). La prima reazione di un bimbo che si ritrova solo in ospedale, poi che la madre ha dovuto allontanarsene, è di *protesta*: per alcune ore o per alcuni giorni egli — che non può ancora razionalizzare la nuova situazione — esige e chiama la madre nel modo che gli era consueto ed efficace: piangendo, gridando, agitandosi. Ma quando perde la preziosa certezza che la sua domanda avrà la risposta di sempre e l'unica che conti, sopravviene la fase dello *sconforto*. Apparentemente « quietata » la sua angoscia si è fatta profonda e silenziosa, pronta a riemergere in una crisi di pianto per un'emozione più forte quale — per esempio e paradossalmente — la prima visita materna, ma a ripiegarsi ancora su se stessa al rinnovato, conseguente abbandono.

Così, al termine di una media degenza, il bimbo può lasciare l'ospedale tutto nella fase di *protesta* o già in quella di *sconforto*, ma se il suo ricovero si prolunga notevolmente egli entra in quella di *negazione*: non potendo convivere a lungo con un'angoscia così dolente egli cerca di negarla, affettando un crescente disinteresse per chi gli era e gli è più caro fino a rappresentarlo in un particolare attaccamento all'infermiera o ad altra persona dell'ospedale, cui, peraltro, *non vorrà più tornare* quando sarà riuscito a rientrare in famiglia.

Si tratta, ben si vede, di un'esperienza che può lasciare e di fatto lascia tracce durature nello sviluppo della personalità infantile. Una esperienza solo apparentemente necessaria perché, se non si può evitare il ricovero del bambino, si può evitarne o ridurne la separazione dalla madre.

Questa separazione sembra dettata da due ordini di necessità: da una parte quella della donna che deve lavorare fuori casa o attendere alle necessità della famiglia e dall'altra quelle dell'ospedale che deve « gestire » il bambino in modo da ottimizzare la gestione di se stesso. Una riflessione ed un'analisi convincono, documentabilmente, che ben più determinante del primo è il secondo ordine di difficoltà: quelle che discendono da una struttura ospedaliera, da una tradizione professionale, da una prassi medica che hanno assimilato la logica di un sistema sociale — quindi sanitario — chiaramente definito dai suoi modi di produzione. Nel comando di questa logica sono ragionevoli: l'isolamento dell'oggetto infantile per la sua riparazione anatomica o funzionale; la conservazione della madre nel suo ruolo di lavoratrice o di vivandiera del lavoro altrui; la restrizione dell'incontro madre-figlio in un orario definito dalla « razionalità » dell'istituzione; la concentrazione dei servizi pediatrici in sedi prossime agli interessi dei clinici e remote da quelli delle masse.

Ancora una volta, l'esame di un problema diventa ricognizione di un sistema. Il che non significa disimpegnarsi dalla soluzione di quello nell'attesa della mutazione di questo. Significa che la mutazione del sistema si prepara anche scoprendo e correttamente interpretando le contraddizioni onde nasce il problema, il che avviene nel momento stesso in cui si pone mano a risolverlo. Nel nostro caso di tratta di fare dell'ospedale pediatrico — trasformandone le strutture, riformandone la distribuzione, riorientandone il personale — un ospedale aperto: alla residenza della madre, e, se occorre, dei fratellini; al trascorrere della famiglia per qualunque e quantunque tempo; alla personalizzazione di ruoli materni vicari, nei casi di lunga degenza. Un ospedale, insomma che sia abitabile, insieme, dal bambino e dalla sua integrità psichica.

Tre vani più servizi e computers

«Se», supplemento al n. 101 di «Abitare», dicembre 1971

L'assunzione di ruoli sempre più impegnativi da parte dei *computers* — pur nel volgere breve dell'ultimo decennio — è testimoniata anche dalla singolare evolutività della loro onomastica: da «*calcolatori*» — ingegneristico e rassicurante — ad «elaboratori» — più matematico e suggestivo — ad «*ordinatori*» — gestionale e supponente.

Come non credere che il loro prossimo nome sarà politico e definitivo, cioè «*informatori*»? Come non attendere da essi — lo si è detto in un recente congresso — la più compiuta e accessibile *informazione di massa*? Avverrà quando il terminale di un *computer* o, meglio, l'accesso periferico ad una rete di *computers* sarà disponibile non soltanto sulla scrivania del dirigente o sul banco del tecnico ma — con tutta naturalezza — nella casa di ciascuno, accanto al televisore, al giradischi e al filodiffusore. Poi, con altrettanta naturalezza, questi scompariranno, insieme ai giornali, ai libri e a tutti i latori di informazioni.

Ed al semiologo che insisterà a scoprire il *medium* nel messaggio converrà riconoscere tutti i messaggi nello stesso *medium*, capace di ogni segnale, pronto a tutte le selezioni.

Futuro, d'accordo, ma di questo futuro esistono tutte le premesse. Possiamo già sorridere all'immagine di noi stessi ormai in grado di inserirci, con istantaneità e continuità, come oggi in una rete elettrica o telefonica o radiotelevisiva, così domani in una rete informativa, al semplice tocco di un commutatore.

Ma l'analogia si ferma a questo punto, perché i rapporti tra l'informato, noi, e lui, il nuovo informatore, saranno radicalmente nuovi. Anzitutto saranno bilateralmente attivi: attraverso il vostro terminale — con il quale, già oggi, è possibile interagire per via acustica, ottica e meccanica — potrete non soltanto esplorare la memoria centrale e diffusa del Grande Informatore ma potrete deporvi le vostre informazioni accompagnate dall'indicazione di chi può accedervi.

In secondo luogo, potrete non soltanto conversare con il Grande Informatore — cioè esplorare i contenuti della sua memoria ed aggiungerne altri — ma trasmettergli vostri programmi che operino su tali contenuti secondo le esigenze di una nuova domanda cui una risposta esplicita e immediata non sarà stata prevista ma diverrà ricavabile *per la prima volta* mediante una elaborazione affatto originale. Riuscirò a leggere un romanzo la cui trama si sviluppi secondo le mie reazioni? «*Questa elegante speranza rallegra la mia solitudine*», risponderebbe Borges.

In terzo luogo, potrete accedere all'informazione seguendo percorsi logici ed argomentativi forse diversi da quelli così consueti da sembrare naturali. Non sono il primo a chiedermi quale effetto abbia avuto sul nostro modo di usare l'informazione, cioè di fare cultura, il fatto che la scrittura prima e la stampa poi abbiano avuto e conservato il carattere fondamentale della *linearità*.

Lo ebbe la prima successione di segni e lo conservano l'alfabeto, il dizionario, il racconto e l'argomento. *Così*, migliaia di anni dopo, siamo ancora qui, preoccupati di non perdere il *filo del discorso*, ammirati dalla *linearità di un ragionamento*, cauti con le *parentesi*, diffidenti delle *disgressioni*, rispettosi della *consecutio*... La logica ramificata del Grande Informatore riuscirà, forse, a darci una nuova topologia del pensiero?

Oh, le belle fantasie! Il discorso da fare è invece, un altro, anche se parte proprio da questa intuizione: che l'elaboratore elettronico, nel momento in cui si separa dal novero degli strumenti di produzione per allinearsi con i *media* di informazione, li sopravanza tutti e li cancella.

Quale altro può offrire così aperti e rapidi accessi ad una memoria tanto estesa e strutturata? Quale altro può intrattenere con il destinatario del messaggio un rapporto conversazionale così immediato e molteplice? Ma, soprattutto, quale altro può tendere l'elaborazione dei suoi contenuti fino ai limiti della deduzione?

E' cercando una risposta a queste domande che si scopre come proprio il calcolatore riveli per sé e per gli altri, con evidenza esplosiva, l'identità tra *mezzo di informazione e mezzo di governo*. Io avrò un terminale, voi avrete un terminale, tutti avremo un terminale per accedere al Grande Informatore. Ma insieme ci sarà consegnato anche un codice per interrogarlo: qualcuno lo avrà compilato per tempo.

Qualcuno avrà deciso le domande ammissibili e le risposte possibili. Qualcuno avrà selezionati i contenuti della memoria e avrà provveduto a classificarli: per consultazione pubblica, per consultazione riservata, per consultazione riservatissima. Qualcuno avrà disegnato la mappa dell'informazione e ne avrà stabiliti i sensi unici, i transiti vietati, le precedenze obbligatorie, i parcheggi custoditi... Qualcuno?

Non io né voi, se non avremo capito in tempo che l'unica vera funzione del Grande Informatore sarà pubblicitaria: non come sistema di pubblicità, è chiaro, ma come pubblicità del sistema, come «*macchina ideologizzante e deduttiva al servizio dell'Autorità*» (queste parole di Massimo Caprara si riferiscono, per la verità, alla televisione: il Piccolo Informatore).

Se non avremo capito che in una società autoritaria, con o senza *computer*, l'informazione di massa non è che informazione di classe. La vera informazione di massa sarà possibile soltanto in una società partecipatoria quando le masse avranno il controllo dell'informazione.

Scuola e potere

Le proposte del Comitato interpartitico per l'Università

I futuri medici dovranno studiare anche in fabbrica

Chiesto il collegamento della formazione e della specializzazione del personale medico con le esperienze in corso nei Comuni e con le iniziative che saranno realizzate applicando la legge regionale sulla medicina preventiva - Le convenzioni con gli ospedali - Il problema degli incarichi di insegnamento

Interessante dibattito sulla Facoltà

Medicina: bisogna modificare i contenuti dell'insegnamento

Occorre tener conto della grave realtà rappresentata dalle malattie che hanno la loro origine nelle fabbriche - La partecipazione dei lavoratori ai corsi

INCHIESTA SULLA SITUAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN CITTA'

La crisi della facoltà di medicina nasce anche negli ospedali «malati»

Manca spazio nei nosocomi per l'attività didattica indispensabile agli undicimila studenti - I corsi d'insegnamento dispersi in una decina di sedi - I nuovi complessi ospedalieri

Nostra inchiesta sulle scuole «calde»

Scoppia «Medicina» Una facoltà in crisi

Appassionato dibattito fra gli studenti della facoltà di medicina all'università di Milano

Il medico è un «rattoppatore» di malati?

Un documento del Movimento studentesco individua nella gestione capitalistica della medicina le ragioni della dequalificazione e della incapacità ad incidere sulle cause reali del male - Facoltà sovraffollate e semiparalizzate - I baroni nei consigli d'amministrazione delle maggiori imprese chimico-farmaceutiche - Non blocco dell'Università, ma suo sviluppo nella prospettiva della battaglia socialista

Avanzate dagli assistenti universitari del Policlinico

Proposte per modificare l'insegnamento a Medicina

Prevista l'istituzione di Unità Universitarie-Ospedaliere collegate con le organizzazioni sanitarie periferiche - Un impegno di lavoro a tempo pieno - L'utilizzazione degli ospedali regionali

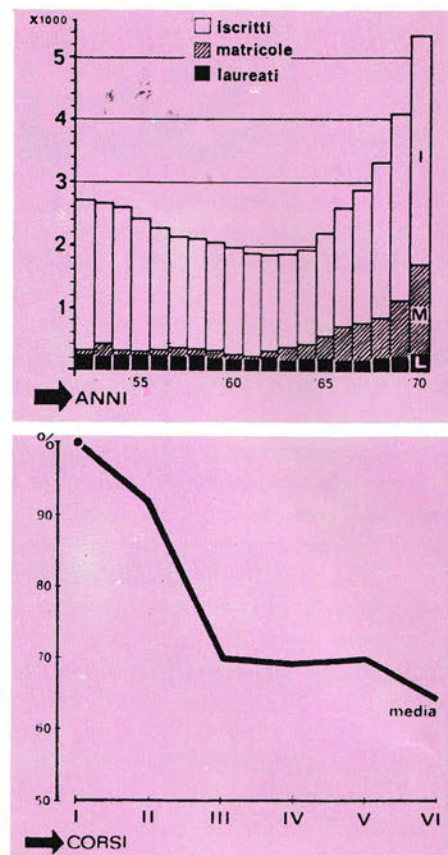
Pesante intervento a Medicina

La polizia a Fisiologia 60 studenti denunciati

Dichiarazioni del prof. Maccacaro - Le dimissioni di Carassa mettono in forse le lauree di Architettura - La polizia interviene anche all'8° ITIS

Una facoltà di medicina capovolta

Intervista pubblicata su « Tempo Medico », novembre 1971, n. 97

Fig. 1 *Andamento delle iscrizioni nella facoltà di medicina di Milano (in alto). I laureati sono una percentuale esigua degli iscritti. La selezione segue in media l'andamento del grafico in basso.*

L'attuale insegnamento della medicina è in grado di preparare un medico che risponda alle rinnovate esigenze sanitarie della società?

Sicuramente no! Esso è sostanzialmente immutato da qualche generazione: nel suo orientamento pratico fondamentale e anche nel suo telaio logico-dottrinario, a cui le scoperte scientifiche e gli sviluppi tecnologici hanno aggiunto ricchezza di nozioni e novità di discipline, metodi e strumenti, senza mutarne tuttavia la struttura. Nel frattempo è cambiato il nostro modo di intendere la realtà medica, ed è mutata anche la realtà: non solo il concetto di malattia, per esempio, ma la malattia stessa, sempre meno determinata da cause naturali (microbi, virus, eccetera) e sempre più da cause sociali, cioè dalle condizioni di lavoro, di abitazione e di vita del singolo e della comunità, aggiogati l'uno e l'altra allo sfruttamento del capitalismo scientifico.

Quali sono, oggi, i difetti fondamentali dell'insegnamento medico?

Sostanzialmente è un insegnamento deduttivo: impegna per un triennio lo studente nell'apprendimento di alcuni postulati di normalità (anatomici-fisiologici-biochimici) di una scimmia nuda quanto mai astratta per derivarne i lemmi della patologia generale, sui quali dovrebbe fondarsi lo sviluppo dei teoremi diagnostici e delle verifiche terapeutiche della clinica. E tutto questo per un uomo del quale occuparsi soltanto in quanto malato, per un malato nel quale riconoscere solo il singolo per un singolo ridotto alla storia dei suoi sintomi, per una storia di sintomi troppo spesso immiserita a cronaca del « caso ».
E' significativo che tutte le discipline che potrebbero insegnare al futuro medico una corretta lettura della realtà individuale nel contesto di quella sociale — epidemiologia, ecologia umana, medicina del lavoro, psicologia — non siano insegnate per nulla o lo siano in maniera inadeguata, se non addirittura distorta.
La stessa cosa accade anche per quelle più strettamente tecniche. Di utilità immediata nella pratica sanitaria di base, e che si pongono in relazione ai problemi delle masse: pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, terapia pratica, profilassi, eccetera.

Quali sono le conseguenze di questa impostazione?

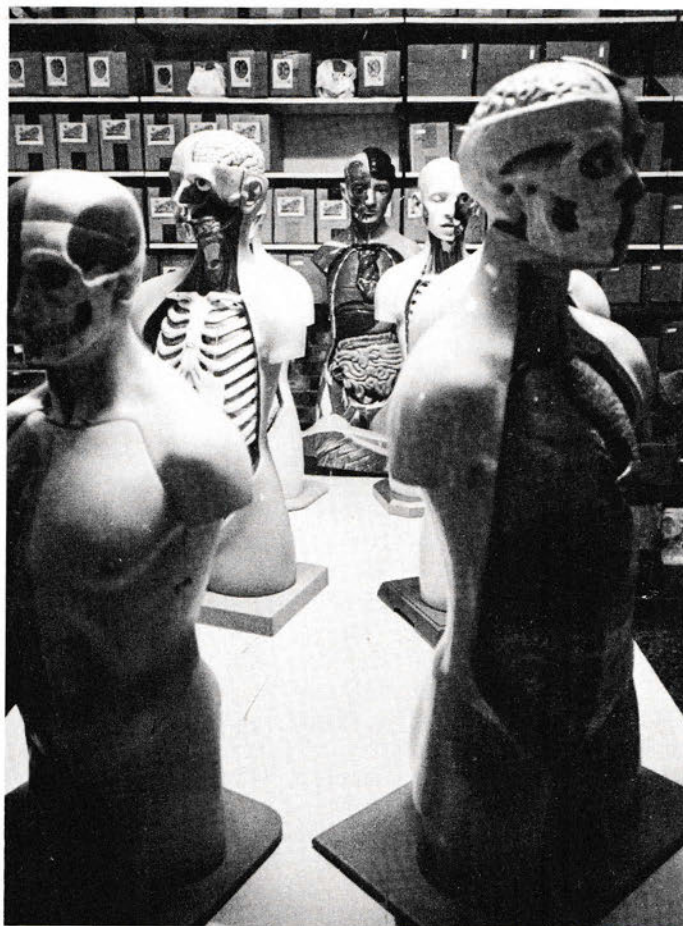
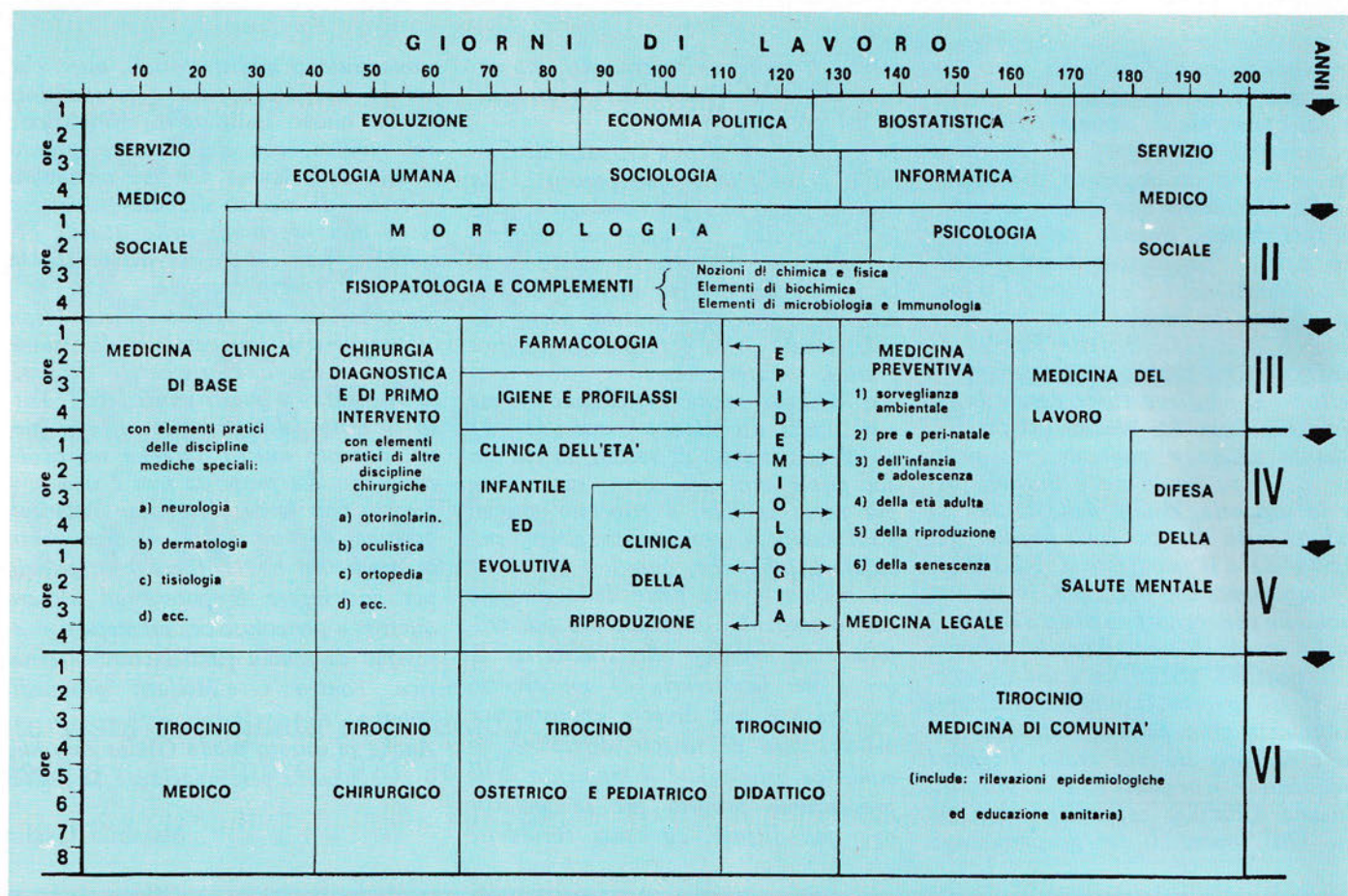
Ne deriva una formazione del medico all'insegna dell'individualismo professionale, obiettivamente desocializzante; una pratica sanitaria quasi esclusivamente curativa nel senso deteriore del silenziamento dei sintomi; una prevenzione inefficace nascosta dietro gli schermi illusori della diagnosi precoce (screening, check-up).
Di questo tipo è il medico che prepariamo, e sono convinto che lo prepareremmo così anche se l'università non fosse ridotta com'è, anche se ci fossero meno studenti e più aule, professori migliori e biblioteche più ricche, laboratori adeguati e corsie meno affollate. Non si tratta infatti di funzionamento, ma di funzione; ed è ancora da dimostrare che questa facoltà di medicina, così poco funzionante, non assolva di fatto alla funzione assegnatale.
Il nostro neolaureato è perfettamente incapace di essere medico. La sua impossibilità di essere medico è un aspetto

Tradizionalmente, la scienza non precede mai il contesto storico e sociale in cui opera, ma lo segue o talvolta lo accompagna, in un rapporto dialettico che è anche un rapporto di potere. Giulio Maccacaro non è uno scienziato tradizionale: quando nel 1971, da più parti e persone, a diversi livelli di elaborazione ed esperienza, si denunciavano le piaghe e le malefatte indegne e incredibili delle Facoltà di medicina, egli pubblicava già un « progetto ». E sceglieva come canale la rivista più letta dai medici italiani.
Quanto chiara e puntuale, ma nello stesso tempo modulare e duttile, fosse la proposta, risulta dalla lettura di questo testo (le cui linee furono poi riprese da « Il manifesto », 1-2-1972). E' importante che nel 1975, in un memorabile convegno promosso dal P.C.I su Le scuole di sanità *(ora in volume, « Il pensiero scientifico » Edit.) questi stessi concetti furono ribaditi, precisati e in gran parte accolti. Frattanto i rapporti tra noi erano diventati frequenti e « organici », e il progetto di una « Facoltà capovolta » era già nei fatti, opera di un gruppo consistente di professori e studenti, ma ancora negato dall'immobilismo arrogante del potere.*
In breve, quest'ultima proposta di Giulio si articola in cinque punti: 1) un diverso piano di studi *(analogo a quello in tabella) che apre un indirizzo biosociale nel rapporto tra salute e malattia; 2) un* diverso metodo di studio, *che parte dalla pratica, passa alla riflessione teorica e torna alla verifica pratica, ininterrottamente (non più, « si diventa medici studiando », ma « si studia diventando medici »); 3) un* diverso tempo di studio, *in cui sin dai primi anni del corso, ma ancora più verso la fine, il tirocinio pratico* « sul campo » *(corsie ospedaliere, ambulatori, fabbriche, quartieri popolari) sia realmente una parte della giornata per lo studente, oltre alle ore più propriamente dedicate allo studio sui libri e nei laboratori; 4) un diverso contenuto e una* diversa impostazione *nello studio di singole discipline, in modo da privilegiare il momento della prevenzione proprio per le malattie oggi più diffuse, da cause cosiddette sconosciute o multifattoriali, oltre che per la fase diagnostica e terapeutica; 5) un* nuovo indirizzo di formazione *del medico, che deve essere pronto all'atto della laurea per fare un lavoro effettivo di medico di base (obiettivo certo non raggiunto nelle attuali Facoltà) e non invece un diplomato in attesa di specializzazione.*
Opportunamente, Giulio conclude con la proposta di immediata realizzazione di una « scuola sperimentale di sanità », basata su questi punti fermi. Tutto il resto (dipartimento, tempo pieno, docente unico) sarebbe un ovvio corollario. La proposta non è una utopia: si può fare subito, non mancano persone né mezzi, se il movimento in medicina ha la forza contrattuale per costringere il potere ad attuare questo « pericoloso e prematuro » esempio di scuola parzialmente alternativa, contro i « Malfatti provvedimenti ».
Anche in questo modo Giulio continua a fare scienza per modificare la realtà.

Massimo Gaglio

particolare della generale impossibilità di essere sani, che è legge fondamentale del sistema in cui viviamo. Perché essere un autentico medico, un difensore della salute individuale e collettiva, un nemico della malattia e delle sue cause, vorrebbe dire oggi porsi come segno di contraddizione del sistema.
Sembra, in sostanza che l'insegnamento medico — pre e post-laurea — sia davvero capace di produrre di tutto: dal propagandista farmaceutico al cardiologo, dall'ostetrico al dentista, dal laboratorista al neurologo. Ma un medico di base, capace di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute, non c'è corso di laurea o scuola di specialità che lo produca. Non sarebbe un medico, ma qualche cosa di più; e questo qualcosa di più non gli si può concedere di essere.

Le critiche da lei mosse ai criteri che attualmente guidano la formazione del medico, sono quindi d'ordine politico?

Sicuramente, e di conseguenza soluzioni tecniche non bastano. Infatti la formazione del medico va progettata per le funzioni che deve svolgere e ci si trova a dover scegliere tra funzioni antitetiche: si decida se il medico deve essere anche medico della comunità o solo dell'individuo, se deve occuparsi di prevenzione o solo di terapia, se deve coordinarsi a una collaborazione di gruppo o deve operare singolarmente, se deve orientarsi verso la medicina di base o verso quella specialistica, se deve allargare il proprio orizzonte culturale anche in direzione extramedica o ridurlo sempre più a un ambito tecnico specifico, se deve porsi al

leale servizio della comunità o dare una mano a « gestirla per conto terzi ». Gli studenti e i medici che hanno scelto di ognuna di queste alternative la prima — e io con loro — pensano a un nuovo modo d'insegnare, a una facoltà di medicina « capovolta ».

In che cosa consiste questo capovolgimento?

Il processo d'apprendimento dovrebbe essere induttivo e non deduttivo, cominciare dalla realtà e non dalla teoria, dalla società viva e non dallo studio di un cadavere. Gli studenti dovrebbero quindi essere subito, sin dal 1 anno, immessi nella pratica sanitaria, con mansioni ovviamente adeguate alla loro limitata preparazione: potrebbero quindi lavorare come infermieri, assistenti sanitari negli ospedali o negli ambulatori, e così concretamente fare la prima verifica non solo di attitudine, ma anche di vocazione. Poi, senza mai disgiungere la pratica dallo studio, impegnarsi nella comprensione della società, e cioè studiare quelle discipline che li mettono in grado di interpretare la realtà sociale nella quale dovranno essere medici: economia politica, sociologia, psicologia, biostatistica.

Lo studio continua il II anno con la preparazione di tipo morfologico e fisiopatologico. E' chiaro che i fondamenti acquisiti in questi corsi, saranno di volta in volta recuperati e approfonditi nel contatto con la realtà clinica.

Il quadriennio successivo dovrebbe ricondurre l'insegnamento clinico e preventivistico a poche voci fondamentali: quelle che interessano nella pratica medica di base; tale insegnamento dovrebbe svolgersi anche a questo livello in maniera non teorica ma « sul campo ». La facoltà medica dovrebbe allargare le proprie attività extramurali; per esempio, uno studio di epidemiologia non si fa in aula, deve essere fatto in un quartiere, e la medicina del lavoro la si fa in fabbrica.

L'università come struttura materiale rimarrà il luogo in cui proporre le basi teoriche e rivedere criticamente i risultati dell'esperienza pratica fatta fuori. E tale prassi potrà essere adottata anche per gli insegnamenti strettamente clinici: la corsia dell'università o dell'ospedale sarà il centro della didattica, ma lo studente dovrà scendere « sul campo », frequentando il pronto soccorso e gli ambulatori, confrontandosi costantemente con la realtà nosologica del suo particolare ambiente urbano o rurale.

Questi indirizzi hanno già trovato un'elaborazione concreta?

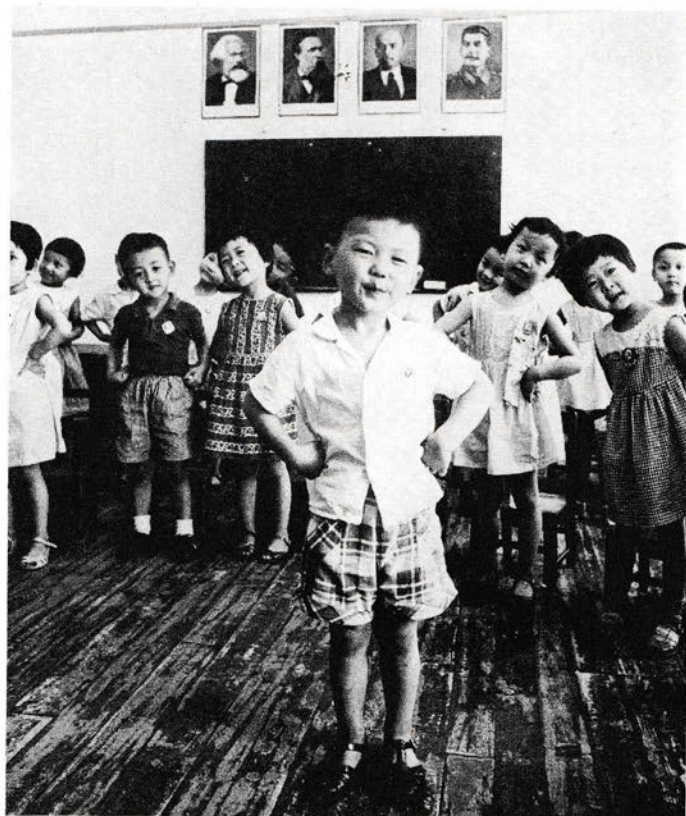
Ho detto che l'insegnamento non può essere disgiunto dalla pratica. Naturalmente devo dire la stessa cosa per la progettazione dell'insegnamento. Allo stato attuale non possiamo che studiare e approfondire. Ma spesso ci si accusa di non andare oltre la critica, di non avere proposte. Ne abbiamo decine. Questa è una, direi di tipo « intermedio », sulla quale stiamo riflettendo. Accettiamo che il corso di laurea duri, come ora, 6 anni: ma vogliamo che bastino a preparare un medico di base, operativo. Assegnamo a ogni anno 200 giorni di lavoro, di 8 ore ciascuno: 4 di queste ore saranno occupate per seguire i corsi previsti, e le altre 4 per attività liberamente scelte dallo studente.

Fig. 2. *Il grafico della pagina accanto visualizza la proposta elaborata da Giulio A. Maccacaro e da un gruppo di studenti, per una riforma globale della facoltà di medicina. Lo spazio assegnato a ciascuna materia è rigorosamente proporzionale al tempo che si prevede debba essere dedicato allo studio di ciascuna di esse. Ogni anno di studio è stato calcolato in 200 giorni e per ogni giornata si sono contate 4 ore di lavoro (8 però nel sesto anno). Nei primi 5 anni altre 4 ore dovranno essere dedicate allo studio o ad altre attività connesse con l'apprendimento della medicina.*

Al I anno quindi, servizio medico-sociale nel senso che ho già detto, oltre a studi propedeutici per rendere lo studente capace di analizzare la società in cui dovrà lavorare. Al II anno, due insegnamenti fondamentali: morfologia e fisiopatologia, che occupano lo studente rispettivamente per 220 e 300 ore. Nel primo saranno raggruppati tutti gli elementi di anatomia-macroscopia-istologia, anatomia topografica; nel secondo fisiologia, patologia intesa come insegnamento unitario della funzione normale e patologica condotta per apparati e integrata da elementi di chimica, fisica, biochimica, microbiologia e immunologia.
E' evidente che i fondamenti appresi in questi corsi andranno di volta in volta recuperati e approfonditi, quando lo studente nello studio della clinica li potrà più facilmente considerare nella loro concretezza e utilità. A fianco di questi continuerà il servizio medico-sociale.
Dal III anno e lungo tutto un triennio, l'insegnamento immetterà più direttamente lo studente nell'esperienza medica con equilibrio delle due componenti fondamentali: curativa e preventiva. Per la prima, dovrà essere raccolto in alcuni corsi fondamentali: diagnostica e terapia medica. In esso dovrebbero essere riassunti e coordinati gli insegnamenti della semeiotica, della patologia, della clinica e della terapia attualmente frantumati e disorganizzati.
Chirurgia diagnostica e di primo intervento: in questa verrebbero affrontati i problemi chirurgici diagnostici, e per la terapia chirurgica ci si limiterebbe a quella di prima necessità — tanto per intenderci, a un pronto soccorso qualificato —, mentre non verrebbero affrontati tutti i temi di tecnica chirurgica che non hanno interesse e utilità per il medico pratico. In ognuno di questi filoni che occuperebbero rispettivamente 640 e 400 ore, dovrebbero venire riassorbite le discipline specialistiche mediche (dermatologia, tisiologia, reumatologia, eccetera), e chirurgiche (oculistica, otorino, ortopedia, eccetera), ma solo per le parti che contano nell'attività del medico di base.
Oltre al filone medico e chirurgico, lo studente seguirà i corsi di clinica dell'accrescimento e dello sviluppo, e clinica della riproduzione umana. Quest'ultima corrisponde alla attuale ostetricia e ginecologia: ma sembra più giusto tuttavia allargarne il campo a tutti i problemi medico-sociali collegati alla riproduzione (fertilità, controllo delle nascite, eccetera), con riferimento all'uomo oltre che alla donna.
Per la componente preventivistica, l'insegnamento si svilupperà pure in alcuni corsi fondamentali: la medicina preventiva, la medicina del lavoro e la difesa della salute mentale. Quest'ultima è qualcosa di diverso e di più dell'attuale neurologia e psichiatria; la denominazione stessa pone l'accento sul tema dell'abolizione delle cause morbigene e apre la prospettiva all'aspetto sociale del problema.
All'interno di tutti questi insegnamenti saranno affrontati i problemi dell'epidemiologia, intesa come cerniera dottrinaria e pratica tra medicina curativa e medicina preventiva.
L'ultimo anno sarà tutto « sul campo ». Lo studente compirà a tempo pieno, i tre tirocini tradizionali: medico, chirurgico e ostetrico. Poi un tirocinio didattico, di educazione sanitaria attiva: egli deve imparare a rendere comprensibile se stesso e la medicina all'assistito, perché questi possa assumere un ruolo attivo nella difesa della salute propria e collettiva. Infine un più lungo tirocinio come medico di comunità: a fianco di un condotto, per esempio, o in molti altri modi. Sarà il momento dell'esperienza globale di base, curativa e preventiva, nella quale dovranno convergere e integrarsi tutte le precedenti.

La medicina cinese visitata dai medici italiani

Un rovesciamento di portata fondamentale

« Tempo Medico », ottobre 1974, n. 125

Sono stato in Cina per un mese, nel giugno del 1973, visitandone la parte orientale, da nord a sud, passando per Pechino, Tien Tsin, Xi Nan, Nanchino, Shanghai, Canton e altri posti. La nostra visita era stata organizzata dalle Edizioni Oriente e aveva un tema: « La Comune popolare ». Per un tema così grande e un viaggio così lungo, un mese è breve: noi lo abbiamo vissuto molto intensamente. Per me ha voluto dire, tra le altre cose, incontrare la medicina cinese, in sedi e modi diversi, percorrendo un itinerario ufficialmente non-medico. Quel che ho visto, così — dalle infermerie di villaggio agli ospedali di città —, l'ho visto dal di dentro più che davanti alla facciata e ne sono contento.

Posso dire di aver conosciuto i tre livelli fondamentali di un sistema sanitario che non è per nulla fatto di livelli, cioè di gerarchie, ma è fatto di funzioni, cioè di coordinamenti per ambiti diversi della necessità e della volontà collettive. Ogni Comune, come è noto, è organizzata in Brigate di produzione e ogni Brigata in Squadre di produzione. La dimensione demografica della Squadra è dell'ordine delle centinaia di persone, quella della Brigata è di diverse migliaia e quella della Comune di alcune decine di migliaia. Sanitariamente alla Squadra corrisponde una stazione o infermeria dove operano i « medici scalzi », alla brigata un poliambulatorio con medici « scalzi » e laureati e alla Comune l'ospedale.

Questi sono i tre livelli cui accennavo poc'anzi e su ciascuno ci sarebbe una quantità di cose da dire: per come sono fatti e per come funzionano e bisognerebbe dire anche di come sono in un posto e come in un altro perché in Cina ho avuto costantemente l'impressione di una situazione sempre evolvente e dinamica, ovunque aperta alle ipotesi e alle prove. Certamente ciò che uno straniero sente di più, con più chiarezza, lo sente « per differenza », rispetto al mondo da cui proviene. E la prima differenza che io ho avvertito era nel passaggio da una società di sperimentati — quale la nostra, dove, non solo in medicina, ciascuno è isolato, oggettivato, fatto cosa, confrontato a una norma — a una società di sperimentatori, dove tutto è in farsi e a questo fare tutti contribuiscono, sviluppando così, in un innumere concorso di vocazioni individuali, i tempi e i propositi della volontà collettiva. Cose come queste mi hanno colpito ed è di queste cose che preferisco parlare nel poco tempo di cui dispongo: rinunciando a elencare tutte le malattie pestilenziali di cui la Cina comunista si è liberata, i traguardi tecnici che ha raggiunto, le battaglie sanitarie che ha vinto, eccetera.

Mi ha colpito, nella medicina cinese, il primato della politicizzazione sulla tecnicizzazione. Già questo appare dal modo in cui la comunità esprime da sé il giovane cui affida il compito di diventare medico, considerandone non soltanto i meriti scolastici, ma la maturità politica, la dedizione al benessere degli altri, la capacità al lavoro solidale. Su queste stesse basi egli sarà educato e valutato, come dirò più avanti a proposito dei corsi universitari. Ma appare anche dal modo in cui la comunità vede e soccorre il malato: non « scaricandolo » alla gestione o nell'istituzione sanitaria, ma « facendosi carico » direttamente dei suoi problemi. Ciò è particolarmente evidente a noi occidentali per la malattia mentale e la devianza in genere, ma è vero e riconoscibile anche in altre occasioni. E appare ancora dall'aver messo la prevenzione al primo posto, non di una gerarchia di interventi tecnici delegabili ma di una scala di impegni colletti-

Il tempo di Hua Kuo-feng non era ancora venuto; non era come oggi che si sa benissimo che cercar di capire la Cina è come indagare nella parapsicologia. A quel tempo (tarda primavera del '73) i compagni che già in Cina c'erano stati, dicevano convinti, a me e Giulio in procinto di partire: « Vedrete, un'esperienza sconvolgente ».
Si era in gruppo, un gruppo la cui frangia egemone sembrava molto sicura di poter chiarire i termini delle due linee, che avrebbero dovuto essere ormai quella di Mao e quella di Lin Piao; ma su quest'ultimo si stendeva ancora un oceano di silenzio, onde i misfatti da scoprire erano quelli di Liu Shao-chi.
A Giulio importava conoscere l'esperienza cinese, intravista fino allora solo attraverso i libri, che sono sempre, inevitabilmente, parziali, e perciò da integrare con l'approccio diretto, esso pure inevitabilmente parziale, comunque di indispensabile ausilio per un approfondimento delle conoscenze libresche; e poiché il suo terreno specifico era la medicina, cercava soprattutto su questo terreno la chiave interpretativa della rivoluzione cinese.
Io non sono medico, ma per tanta parte i nostri interessi culturali coincidevano. Qui da noi, dicevo a Giulio, il proletario non vende solo, per vivere, forza-lavoro, ma anche salute. Questo in Cina è ormai roba del passato? Sussistono almeno le condizioni perché il proletario sia protagonista di una rivoluzione che liberi sé, e con sé tutti quanti, dalla propria mercificazione, che è anche malattia e morte?
Notoriamente per Giulio nello specifico della medicina rientrava anche questo aspetto, che per me era di prevalente interesse. D'altra parte, quello che volevamo vedere con i nostri occhi era se l'ammalato fuori del palazzo fosse. come è normale nel nostro mondo, tanto nell'area dello sviluppo quanto in quella del sottosviluppo, un oggetto, o se invece, come avevamo letto in diversi libri, era in grado, con l'aiuto del medico compagno, di autogestire, per così dire, la propria malattia, fino a liquidarla, se possibile, comunque non restandone mai socialmente schiacciato
Erano questi comuni interessi, era il nostro porci con la stessa disperazione intellettiva dinanzi alla sfinge delle due linee, il nostro stesso sentimento per un popolo come quello cinese, liberatosi dall'oppressione imperialistica con una lotta costata milioni di compagni caduti, che ci induceva a cercar di capire se l'uomo, tutto sommato, era felice, nella misura in cui si può essere felici nel cono d'ombra che sempre proiettano sulla condizione umana natura e società. E Giulio alla fine, nella serata d'addio, fece un brindisi che forse mai era stato fatto in Cina da una delegazione straniera: un brindisi ai bambini cinesi, che, a differenza dei nostri (frustrati per lo più fin dai primi anni dall'invalicabile angustia dell'istituzione familiare e di quella scolastica), rispondono al saluto con occhi colmi di felicità.

Dario Paccino

vi e politicamente qualificati. In secondo luogo mi ha colpito il primato della partecipazione sulla corporazione. Con quest'ultimo termine voglio dire, riferendomi alla nostra medicina, la tendenza a costituirsi come corpo separato, nell'incomprensibilità del linguaggio e del gesto, nella gerarchia dei ruoli e dei censi, nella pretesa della delega e del potere, eccetera. Là, in Cina, ho visto la partecipazione come alternativa a tutto ciò. La medicina è veramente un fatto di tutti; il Movimento patriottico sanitario, cui vanno attribuite molte vittorie di rilievo epidemiologico, è stato letteralmente un movimento di popolo; l'educazione sanitaria è parte integrante e costante di quella politica, in cui tutti sono impegnati; i ruoli sono talmente dimessi da non essere più riconoscibili oltre le funzioni. Non si tratta soltanto dei « medici scalzi » ma di tutta una « medicina scalza » che, in ambulatorio, in ospedale e altrove, pur essendo capace di prodigi tecnici ormai noti nel mondo, rimane cosa del malato e per lui riesce a sdrammattizzarsi. Ho visto alcuni interventi chirurgici molto impegnativi: ricordo una commisurotomia in anestesia da agopuntura. Il paziente che parla con il chirurgo durante l'intervento, che torna al suo letto con le sue gambe, che resta dal principio alla fine il protagonista della sua storia: questo mi ha colpito di più in quell'occasione.

E in terzo luogo mi ha colpito il primato dell'integrazione sulla separazione. Il medico è costantemente preparato e impegnato non a specializzarsi e a separarsi nella sua specialità, ma a conservare e sviluppare la sua multivalenza per quella della domanda sanitaria cui deve rispondere nella comunità che deve servire. Per questo la medicina preventiva e quella curativa, la medicina tradizionale e quella moderna sono inseparabili nell'insegnamento e nell'esercizio; non solo coesistono ma collaborano, la funzione discente e quella docente; l'alimentazione della propria cultura medica e la partecipazione della stessa come educazione sanitaria sono impegni costanti dello stesso medico.

E infine mi ha colpito il primato della diffusione sulla concentrazione non solo delle conoscenze ma anche degli atti medici: perché secondo un altro dei principi politici fondamentali, è la medicina che va dove ce ne è bisogno e non è chi ne ha bisogno che deve andare là dov'è la medicina.

Non è l'ospedale — che in altri Paesi diventa sempre più un centro di gravitazione per tutta l'attività sanitaria — il protagonista della medicina cinese; il protagonista è il « medico scalzo », oppure la rete di stazioni sanitarie e di ambulatori che fittamente copre tutto il Paese, oppure il sistema di connessioni, continuamente percorse, che li lega tutti insieme. C'è una specie di docenza ambulante continua che esce dalle facoltà e dagli ospedali e raggiunge gli ambulatori e le stazioni sanitarie, portandovi con frequente periodicità conoscenze, esperienze, consigli, assistenza. Simmetricamente i « medici scalzi » tornano per un mese all'anno nei luoghi dove erano stati educati e addestrati. Così si stabilisce una vascolarizzazione di tutto il sistema sanitario che assicura una continua diffusione del patrimonio teorico-pratico della medicina.

Naturalmente le scuole di medicina sono punti particolarmente pulsanti di questo sistema vascolare. Ricordo la nostra visita alla facoltà medica di Shanghai e l'incontro con i suoi professori, studenti e membri del Comitato rivoluzionario. Ci era noto che questa facoltà sta sperimentando un nuovo piano di studi, per preparare un nuo-

vo medico, e desideravamo saperne di più. Alle nostre domande fu risposto diffusamente, anzitutto con alcune notizie preliminari. Nel 1949, prima della Liberazione, la Cina aveva un numero esiguo e imprecisato di medici: non più di 1 ogni 13-15.000 abitanti, praticamente concentrati in città per il servizio dei ricchi. Le condizioni sanitarie delle classi oppresse, cioè dell'enorme maggioranza della popolazione, erano miserrime.

Quindi è stato un primo impegno del governo rivoluzionario rovesciare questa situazione, e i successi raggiunti sono stati straordinari soprattutto nell'eradicazione di malattie epidemiche che una volta flagellavano la popolazione cinese, e ancora colpiscono quelle di Paesi vicini. A tal fine sono stati moltiplicati i servizi sanitari di vario livello, la distribuzione dei medici di varia qualificazione e il numero delle scuole idonee a formarli. Questa facoltà medica non è l'unica di Shanghai e tanto meno della Cina: prima della Liberazione aveva laureato 535 medici in ventidue anni, dopo la Liberazione quasi 6.000. Oggi ne fan parte 4.280 persone (81 professori, 177 lettori, 286 assistenti, altri insegnanti e tecnici, eccetera) ed è collegata con cinque ospedali per complessivi 2.060 letti. Il piano di studi di questa facoltà è molto cambiato dopo la Rivoluzione culturale: il nuovo piano in corso di sperimentazione si svolge compiutamente in tre anni, preceduti da un semestre propedeutico che serve anche a omogeneizzare la preparazione di base degli ammessi. Infatti si può arrivare alla facoltà non solo perché si sono completati gli studi medi, ma anche perché si è un operaio o un contadino o altro che i compagni hanno segnalato come uno che potrebbe diventare un buon medico. Oppure si è un « medico scalzo » o un « medico operaio » che i compagni vorrebbero diventasse un medico laureato perché torni in mezzo a loro a svolgere tale funzione. Naturalmente queste valutazioni non sono solo tecniche così come non lo sono quelle che decidono dell'ingresso all'università: tengono conto, invece, di più attributi quali la maturità politica, l'attitudine al collettivo, la capacità scolastica, l'idoneità fisica.

Il primo semestre prevede, quindi, pratica di assistenza sanitaria e approfondimento di: nozioni di biologia generale, lingue, elementi di matematica, eccetera. Poi si passa ai tre anni che portano alla laurea. Perché questa drastica riduzione rispetto ai sei anni di prima?. Quando l'abbiamo chiesto a colui che qui si chiamerebbe « preside » della facoltà, ci ha risposto descrivendoci la situazione precedente in termini che mi hanno ricordato quella della Facoltà di Milano in cui insegno. Gli studenti, ci è stato detto, avevano una estrazione sociale in qualche modo privilegiata rispetto agli altri; durante i sei anni ricevevano un insegnamento accademico e imparavano poco o nulla di concreto; alla fine per fare i medici dovevano trattenersi per altri tre o quattro anni a far pratica ospedaliera; così occorrevano dieci anni, circa, per fare un medico. Alla fine dei quali, concluse sorridendo il preside, « gli studenti erano diventati superbi ». Cioè avevano perso il contatto con la vita del popolo, pensavano a un uso egoistico della professione, cercavano di praticarla in città ma non in campagna, eccetera. Dieci anni buttati via per creare dei « superbi » dimentichi del loro primo dovere che è « servire il popolo ». Da qui la necessità di riformare il piano di studi con l'esperimento attualmente in corso secondo criteri di integrazione tra teoria e pratica, medicina tradizionale e medicina moderna, prevenzione e terapia. E' veramente un esperimento, tant'è vero che altrove, per esempio a Nanchino, si continua con i sei anni. Poi si confronteranno e valuteranno i risultati e si faranno delle scelte.

Abbiamo allora chiesto: ma come avete proceduto nella riduzione dei corsi da tre a sei anni? Una delle risposte che ricordo meglio è questa: con la eliminazione dell'irrilevante e del ridondante. I piani di studio che si erano formati ed erano cresciuti più per soddisfare le ambizioni accademiche che i bisogni del popolo, contenevano molte cose inutili e moltissime ripetizioni. La stessa malattia veniva ripresa e prendeva tempo in una dozzina di discipline diverse. Ma se si parte, invece che dalle discipline, dalle malattie e dalla conoscenza dei malati, si può unificare e semplificare grandemente l'insegnamento.

Un'altra risposta fu « la regola del tre in uno »: gli insegnanti insegnano agli studenti, gli studenti insegnano agli insegnanti, e gli studenti insegnano agli studenti: in questo circolo ininterrotto di mutuo insegnamento si abbreviano i tempi, si aumenta il senso critico e si migliorano i risultati.

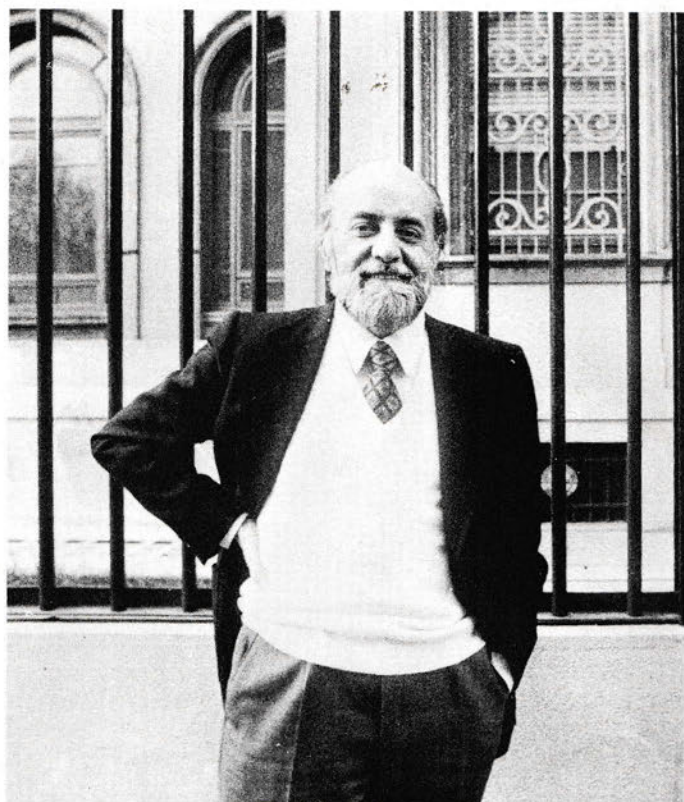
Una terza risposta fu che l'integrazione tra teoria e pratica elimina molti tempi morti e determina un apprendimeno più sicuro e fruibile. Infatti, fin dal primo anno, gli studenti incominciano la loro attività trascorrendo due o tre mesi « fuori »: negli ospedali, negli ambulatori, in campagna e in fabbrica eccetera, e ci vanno e ci stanno non da soli, ma con i loro professori. Così imparano da una parte cosa vuol dire servire il popolo e dall'altra cos'è la realtà e qual è la dimensione epidemiologica delle malattie. Poi tornano all'università, dove studiano intensamente per alcuni mesi le discipline che consentono di capire e di intervenire nella realtà che hanno cominciato a conoscere. Queste discipline sono, naturalmente, paragonabili alle nostre, ma con altro rilievo e diversa coordinazione: per fare un esempio, le anatomie, normale e patologica, macroscopica e microscopica, sono insegnate in un unico corso che si svolge parallelamente a quello di fisiopatologia generale e ad altri. La medicina interna e la chirurgia generale sono apprese già al secondo anno insieme alla medicina preventiva, alla farmacologia e ad altre discipline.

A questo punto comincia anche lo studio della medicina tradizionale, cioè gli elementi di erboristeria, agopuntura, eccetera. Il terzo anno è interamente dedicato ad attività cliniche e pre-

ventivistiche di vario tipo, inclusive di pediatria, ostetricia, eccetera, ma con anche elementi avanzati quali la radiologia, le tecniche di rianimazione, eccetera, perché il giovane medico raggiunge un buon livello non solo di competenza ma anche di autonomia, secondo il principio: « contare sulle proprie forze ».
Lungo i tre anni continua l'alternarsi di periodi trascorsi presso l'università con altri presso sedi sanitarie di campagna e di fabbrica, così come continua nell'una e nell'altra sede la distribuzione del tempo in attività di apprendimento e attività pratica, così come ancora continua in ogni luogo e in ogni tempo del corso triennale la assiduità allo studio politico insieme a quella per lo studio medico.
In questo modo non c'è « mortalità scolastica » perché il lavoro è sempre solidale, perché gli insegnanti, come mi ha detto un giovane del II anno, sono « compagni d'armi degli studenti », perché l'esperienza e lo studio sono i termini di una ininterrotta reciproca verifica. Ma soprattutto perché chi è diventato studente di medicina per mandato della comunità, è già stato giudicato per la sua maturità politica e ne ha fatto il segno e il senso della sua responsabilità, molto sentita. Così nasce un medico laureato capace di inserirsi e di essere subito operativo nelle diverse strutture, urbane o rurali, ospedaliere e ambulatoriali, eccetera, del sistema sanitario cinese.
Ma le stazioni sanitarie la cui fitta rete costituisce la trama e l'ordito di tutto il sistema sono affidate ai « medici scalzi ». Di questi ce ne sono 1.600.000 oggi in Cina. Anch'essi emergono da una designazione collettiva e compiono la loro preparazione, presso un ospedale o una facoltà. Poi tornano tra i loro compagni e al loro lavoro, ma vi portano la capacità di dare assistenza medica e chi ne ha bisogno.
Essi si occupano anzitutto di prevenzione (cioè di vaccinazioni, disinfezioni, disinfestazioni, potabilizzazioni, educazione sanitaria, eccetera), ma anche di diagnostica e terapia delle malattie non particolarmente gravi e acute, e ancora di assistenza al parto e di educazione per il controllo delle nascite. Il « medico scalzo » è sempre in collegamento con un ambulatorio o un ospedale, cui può richiedere l'intervento in casi di emergenza. Riceve periodicamente visite di équipes sanitarie che gli danno consulto e aiuto. A sua volta trascorre un mese di ogni anno in un ospedale, per approfondire e aggiornare la sua preparazione. Il medico di base è lui e lui non è un « dottore ». Gli altri contadini lo chiamano, infatti, « compagno » perché lui è tale per loro nel senso più vero e completo. E lui continua a essere e a fare insieme il contadino e il medico, di giorno in giorno, di stagione in stagione, distribuendo il suo tempo secondo il prevalere di questa o di quella necessità, che può essere la vaccinazione o la mietitura, la semina o la distribuzione di farmaci, le visite a domicilio o l'aratura dei campi.
Chiaramente, il « nuovo dottore » che esce dalla facoltà di Shanghai, il « medico scalzo » che opera nelle campagne cinesi, segnalano il compiersi di una rivoluzione nell'insegnamento e nella pratica della medicina. Come ogni vera rivoluzione anche questa nasce dalla necessità per affermare una nuova libertà. Che è quella di una medicina finalmente del popolo e di un medico finalmente compagno. Tale è il senso politico che ho creduto di cogliere in ciò che ho visto e sentito. Senza il quale mi pare che non ne avrei capito nemmeno il senso medico.

Lezione introduttiva all'Anno Accademico 1975-76

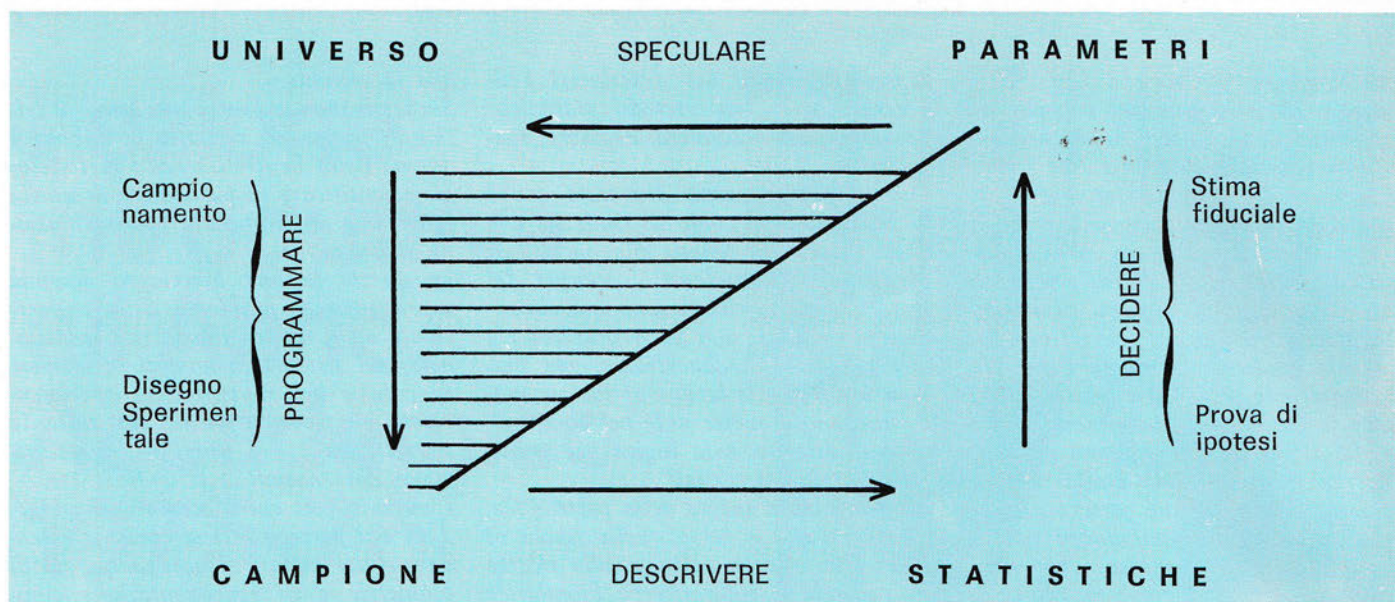
tenuta presso l'Istituto di Biometria e Statistica Medica dell'Università degli Studi di Milano

Questa lezione fu tenuta, pressapoco nello stesso testo, al decimo corso di metodologia statistica per ricercatori biologi a Vallombrosa nel 1964. Essa è anche in corso di pubblicazione nel volume « Biometria: concetti e metodi », di autori vari, a cura di B. Chiandotto e F. Salvi, editore Piccin, Padova.

Desidero mantenere a questa conversazione il carattere che più le si addice: cioè di prima lezione, introduttiva a quante seguiranno secondo il programma indicato, piuttosto che di conferenza a sé stante. E' certo, quindi, che alcune delle cose che io dirò verranno da altri riprese con più ampiezza e dettaglio, ma è anche probabile che così non sia di tutte perché alcune appartengono, in tempi e circostanze diverse, a riflessioni ed esperienze personali.
Lo scopo fondamentale di un corso come questo o come quelli omonimi che vengono tenuti a livello universitario, è insegnare a parlare di ciò che non si conosce; o meglio: a parlare correttamente di ciò che non si conosce completamente.
Mi riferisco, come è evidente, al bisogno logico e pratico che noi abbiamo di fruire dell'esperienza sensibile — direttamente raccolta o culturalmente trasmessa — oltre i limiti spazio-temporali del suo compiersi. Che io sia medico o biologo, psicologo o botanico, quale che sia il numero dei miei esperimenti o delle mie osservazioni ed ancora quale che sia il numero delle osservazioni e degli esperimenti altrui di cui ho conoscenza, mi trovo pur sempre nella necessità di trascorrere dalla particolarità programmata del mio conoscere alla generalità auspicata del mio discorrere su enti e leggi mai completamente esplorati.
Allora possiamo vedere insieme come si adempie a tale necessità secondo un procedimento, o meglio una metodologia i cui numerosi e articolati procedimenti sono oggetto di un corso come questo.
Definiamo, per ora, come *universo* quell'insieme di elementi di cui ci è negata una conoscenza esaustiva anche per uno solo dei caratteri proprii e comuni; caratteristica dell'universo non è, dunque, l'infinitezza: ma l'eccedenza della sua misura rispetto a quella del nostro dispositivo di conoscenza. Il numero di granelli di sabbia su questo pianeta, di foglie d'albero in questa regione, di globuli rossi in questa sala, di cellule in questa mano, di microcristalli in questo gesso, di approssimazioni in questo discorso non è certamente infinito: ciascuno, tuttavia, fa un universo del quale vogliamo conoscere alcune caratteristiche (per es. il peso dei granelli di sabbia e il diametro dei globuli rossi) senza misurarli tutti perché questo sarebbe impossibile in un caso e letale nell'altro.
E tuttavia, lo stesso universo può essere infinito: per esempio quello costituito da tutte le possibili pesate di un solo granello di sabbia, o da tutte le determinazioni possibili del diametro di uno e di un solo globulo rosso supposto immarcescibile.
In un caso e nell'altro il problema diventa allora quello di prelevare dall'universo un frammento che sia, da una parte, abbastanza piccolo per consentirne l'intera esplorazione e dall'altra abbastanza grande e, soprattutto, siffattamente composito per riprodurre, pur in scala ridotta, l'immagine rappresentativa dell'universo.
Questo fenomeno si chiama campione (e sui modi — che sono tanti — con i quali si estrae un campione rappresentativo di un universo si effonderanno certamente altre lezioni nei prossimi giorni); di fatto, il campionamento, come teoria e come pratica è uno dei maggiori capitoli della metodologia statistica: preliminare e pregiudiziale alla validità di tutti quelli che vengano successivamente insegnati ed applicati.
Quando voi avrete imparato a rispondere nelle diverse circostanze alla domanda: « Su quanti e quali elementi dell'universo dovrà applicarsi la mia osservazione? » avrete imparato le basi del campionamento. Così come rispondendo alla domanda « In quante e quali condizioni da me determina-

Può sembrare strano che G.A. Maccacaro ci abbia lasciati così pochi scritti sistematici di statistica. Aveva promesso a noi, ma ancora prima a se stesso, di scrivere un libro di statistica medica, l'anno scorso gli avevamo registrato e poi trascritto, l'intero corso tenuto agli studenti di medicina perché ne usasse come primi appunti di lavoro.
Ma Maccacaro non voleva scrivere un manuale tradizionale seppure completo, aggiornato, limpido e incisivo come erano le sue lezioni; aveva sempre detto che di trattati ce ne erano già tanti e alcuni più che validi. Desiderava invece comunicare le sue certezze, le sue preoccupazioni e i suoi dubbi relativi al metodo statistico inteso come metodo di conoscenza o, come meglio ci dice, come metodo per « parlare correttamente di ciò che non si conosce completamente ».
E in tal senso aveva impostato questa lezione che egli tenne a introduzione di un corso della Biometric Society a Vallombrosa il 2 settembre 1974.
E' straordinaria la sua lucidità e la sua capacità sintetica nel descriverci l'itinerario logico del metodo statistico: programmare, descrivere, decidere, speculare.
Queste pagine erano diventate anche la produzione al corso di statistica che G.A. Maccacaro teneva alla Facoltà di Medicina. Gli studenti, fotocopia del testo alla mano rimanevano inizialmente confusi quasi non fossero abituati a una tale densità concettuale; ma poi, man mano che le lezioni si svolgevano, ritornavano a queste note per comprendere il disegno e la logica che univa i vari problemi trattati.
Più stimolante ancora della parte « tecnica » iniziale è forse quella finale di riflessione etica e politica sulla ricerca in generale e sulla ricerca biometrica in particolare. Maccacaro ci dice che sino agli anni '70 pensava che il rigore etico e il rigore metodologico fossero ortogonali, cioè potesse darsi l'uno o l'altro o entrambi o nessuno, « e che l'etica è una cosa semplice e la biometria una cosa complessa: basta raccomandare la prima a coloro cui si insegna la seconda ».
Successivamente l'impegno attivo e critico lo portarono a metter in dubbio il dogma della neutralità della metodologia scientifica e in particolare di quella biomedica applicata alla sperimentazione sull'uomo.
In questa lezione Maccacaro accenna soprattutto al problema della conversione, nella ricerca biometrica tradizionale, del sistema di uomini in insieme di cose e del rapporto tra sperimentatori e sperimentati in cui tutta la soggettività è dei primi e l'oggettivazione dei secondi.
L'augurio con cui Maccacaro si congedava dai partecipanti al corso si estende a tutti quanti si occupano oggi di biometria e di sperimentazione clinica: è l'augurio che il « tecnico » sia consapevole della non neutralità del suo intervento e perciò sappia e voglia ricusarsi come tecnico e proporsi come responsabile.

I collaboratori dell'Istituto di Biometria

ta dovrà effettuarsi tale osservazione? » avrete compiuto delle scelte in tema di disegno dell'esperimento.
Volevo dunque arrivare a dire che, nel passaggio dall'universo al campione come oggetto esplorabile, la pianificazione del campionamento e il disegno dell'esperimento sono i due momenti fondamentali dell'organizzazione dell'esperienza ed individuano un primo ruolo della statistica: che è *la statistica per programmare*.
Sui campioni così individuati e nell'ambito di esperimenti così disegnati si compiranno tutta una serie di rilievi (che altri verrà enumerandovi): le qualità saranno contate, le quantità misurate, le une e le altre distribuite e per ogni distribuzione si cercheranno misure di posizione e misure di dispersione e nel confronto di distribuzioni diverse inerenti agli stessi elementi, ora del campione e già dell'universo, si cercheranno misure di relazione, semplici e multiple, e insomma complessivamente si darà effetto a una seconda funzione della *statistica* che è quella di descrivere.
In altri termini la informazione contenuta nel protocollo osservazionale o sperimentale derivato dallo studio del campione viene portata a densità ed evidenza mediante quantità (quali: medie, varianze, coefficienti di relazione ecc.) cui viene attribuito il nome di *statistiche*.
Per conoscere l'universo ne abbiamo, dunque, estratto un campione ma per descrivere il campione ne abbiamo distillato delle statistiche. Come usare, ora, di queste statistiche per dire cose credibili sull'universo?
Si tratta di trasformare ciascuna di queste grandezze che hanno una distribuzione e un argomento — quelli del campione — in omologhe grandezze che abbiano per argomento l'universo con la sua nota o ignota distribuzione. Questo terzo passaggio, che pure occuperà molta parte del corso che vi attende, è naturalmente di grande momento e a volte di notevole complessità. Ma qui, in questa lezione introduttiva, basterà indicarne le due componenti logiche fondamentali: *la stima fiduciale e la prova di significatività*. La stima fiduciale vi consentirà di trasformare ogni *statistica* in un *parametro*: cioè di convertire ogni media o varianza o coefficiente calcolati sul campione in un'altra media, un'altra varianza, un altro coefficiente stimati per l'universo assegnando a ciascuno un ambito di valore la cui ampiezza e la probabilità di errore nel definirla dovranno essere scelti alternativamente; cioè accettando l'uno — quale vi sia — per scegliere l'altro — quale si vuole — o scegliendoli entrambi come si desidera ridimensionando il campione come si deve.
Naturalmente la statistica di cui stimare il corrispondente parametro potrà essere non solo una media, ma la differenza fra due o più medie; non solo una varianza ma il rapporto tra due o più varianze; non solo la posizione di una retta ma la distanza tra due rette: in ognuna di queste e di innumeri variazioni su questo tema la stima fiduciale avrà per argomento la ampiezza e i limiti di una discrepanza da un valore segnaletico: per esempio lo zero per la differenza di due medie o la distanza di due rette; oppure l'unità per il rapporto tra due varianze o tra due coefficienti angolari in un particolare tipo di dosaggio biologico. In tutti questi casi e in molti altri e più complessi si arriva alla prova di significatività o saggio dell'ipotesi che è, in modo esplicito o implicito, il « primum movens » di ogni esperimento. E realizza compiutamente, insieme con la stima fiduciale, il terzo compito della statistica: essere una *metodologia per decidere*.
Stimati i parametri, giudicate le differenze ed i rapporti, falsificate o verificate le ipotesi: concluso cioè, il momento decisionale della statistica inferenziale si compie infine l'iti-

nerario logico della ricerca passando alla *speculazione*, intesa come integrazione delle conoscenze ad un livello superiore di ordine: cioè capace di rappresentare plausibilmente l'universo dato e di un altro universo per una plausibile rappresentazione. Una traccia quale è questa che ho delineata sembra sottesa a qualsiasi corso di metodologia statistica per qualsiasi tipo di ricerca scientifica pura o applicata: che si tratti di coltivazioni arboree, di dosaggi di ormoni, di tests psicologici o di prove terapeutiche; scorrendo la letteratura scientifica — periodica o trattatistica — si incontra e reincontra questo modello, sostanzialmente costante pur nelle declinazioni ovviamente diverse che lo flettono alle esigenze delle diverse discipline.

A me, per lo meno è sempre parso così da quando mi occupo di queste cose e così mi è parso anche giusto e naturale che fosse.

Fin tanto che l'evolversi della mia personale esperienza: dalla ricerca strettamente biologica a quella cosiddetta biomedica e più recentemente a quella socio-medica, mi ha portato a dubitare di alcune precedenti certezze soprattutto per quanto riguarda la trasferibilità di una metodologia della sua applicazione naturalistica all'applicazione umana. Come ora vorrei dire semplicemente e brevemente.

Anzitutto mi pare giusto chiarirvi che nel processo logico che ho illustrato: la parte che sta a destra della diagonale è praticamente delegabile a procedimenti automatici di elaborazione, mentre la parte che sta a sinistra impegna scelte e valutazioni che rimangono al soggetto singolo o collettivo della ricerca, come una responsabilità indeclinabile.

Infatti, il disegno di un esperimento ed il piano di campionamento — se correttamente formulati — contengono già le scelte per le statistiche da calcolare nella fase descrittiva nonché quelle per le stime fiduciali e i tests di ipotesi da elaborare nella fase decisionale. Non mi sembra eccessivo dire che un esperimento è, metodologicamente, già compiuto e analizzato nel momento stesso in cui è programmato: ciò che deve produrre sono semplicemente i risultati.

Appare dunque il primato che devono avere — per chi vuole utilizzare correttamente ed efficacemente l'analisi statistica — l'apprendimento e l'esercizio dei procedimenti di campionamento e di disegno sperimentale, cioè complessivamente del metodo di programmazione del passaggio dall'universo al campione.

Non si tratta, evidentemente, di un primato tecnico ed operativo perché non si impara a programmare ciò che non si è imparato ad analizzare, ma di un primato logico e creativo cui non si addice alcuna delega. Primato che comincia dalla definizione stessa di universo. Vi sarà insegnato che deve sempre essere una definizione operativa di appartenenza, cioè capace di indicare, nella sua stessa formulazione, i criteri di esclusione e di ammissione all'universo. Vi sarà insegnata l'importanza di una verifica di coerenza tra l'universo ipotizzato e quello esplorato, perché non accada che pur nella corretta definizione di entrambi si vanifichi la correttezza dell'indagine per difetto di omogeneità e coestensività tra i due universi. Vi saranno insegnati ed esemplificati altri problemi connessi con una buona definizione dell'universo onde va estratto il campione.

Io mi sono trovato a riflettere su un aspetto che di solito, anche nei test moderni è trattato inadeguatamente, o del tutto negletto: cioè il modello matematico dell'universo. Per semplicità e brevità concentriamo la nostra attenzione su due modelli: l'*insieme* ed il *sistema*. Un insieme è definito dagli elementi che lo compongono: infatti la loro enumerazione è considerata una procedura sufficiente per descriverlo. Un sistema è definito dal plesso di relazioni che corrono tra gli elementi che lo compongono: infatti senza il disegno di quel plesso non c'è descrizione sufficiente di un sistema.

Il punto di vista che chiamerei tradizionale sembra a me quello *insiemistico*: che definisce l'universo per enumerazione di elementi o per criteri di appartenenza, appunto come si definisce un *insieme*, e qualifica il campione come *sottoinsieme* isomorfo o rappresentativo dell'insieme perché ogni elemento di questo ha avuto la stessa probabilità di farne parte.

Il concetto di *randomizzazione* (o estrazione casuale) che è alla base di tutta la teoria del campionamento rimanda effettivamente al modello dell'insieme e alla immagine dell'urna. Questo modello e questa immagine si mantengono anche in quelle che sono considerate le varianti di maggior rilievo del campionamento interamente randomizzato: per esempio il campionamento periodico che, per definizione, assume l'aperiodicità di struttura dell'universo e il campionamento stratificato che assume l'universo come somma di

subuniversi a loro volta definibili e campionabili come altrettanti insiemi.
In sostanza la interpretazione insiemistica dell'universo può risultare anche riduzionistica se l'universo ha la struttura di un sistema: infatti essa è compatibile con la ricognizione ad una sola variabile degli elementi universali mentre l'interpretazione sistemistica coinvolge, di solito, variabili in numero maggiore e di qualità ulteriore. Per esempio, comporta lo studio non solo della relazione di variabili ma anche delle variabili di relazione.
Da quanto precede emerge la necessità, preliminare ad ogni ricerca, di una riflessione attenta e penetrante sulla realtà dell'universo che ci si accinge ad esplorare mediante campionamento: una riflessione che sappia riconoscere, là dove esiste, il sistema oltre l'insieme e non assuma come neutra la riduzione ad insieme del sistema.
Vorrei fare due esempi: uno strettamente biomedico ed uno sociomedico. Per il primo vi propongo di considerare insieme il fegato e il cervello: due organi di volume e di peso grossolanamente paragonabili, entrambi costituiti dall'assemblaggio di un grande numero di cellule molto diverse fra due organi e molto simili all'interno di ciascuno: l'epatocita in un caso ed il neurone nell'altro. Ebbene, il fegato è assai più un insieme più un sistema che un insieme di neuroni.

Infatti per valutare l'integrità del fegato si fa ricorso ad un campionamento casuale delle sue cellule, noto con il nome di biopsia epatica.
Per valutare l'integrità del cervello si fa ricorso ad un campionamento sistematico delle sue funzioni (che esprimono lo stato relazionale dei neuroni) ma non ad una biopsia cerebrale che informerebbe soltanto sullo stato locale degli stessi.
Va notato ancora che un largo insieme può restare praticamente immodificato dal prelievo di un piccolo campione mentre un intervento delle stesse proporzioni cioè l'ablazione di una parte molto piccola può essere esiziale per l'omeostasi di un sistema. Tant'è vero che la biopsia epatica è considerata praticamente innocua mentre quella cerebrale assolutamente nociva.

Il secondo esempio che vi propongo è tratto da una nostra diretta, recente e complessa esperienza. L'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia ci ha incaricato di studiare il piano per una inchiesta campionaria diretta sulla salute dei lombardi. I lombardi sono 8.500.000 e da analoghe ricerche compiute in altri paesi c'è motivo di ritenere che una frazione di campionamento 4/1000 sia conveniente. Quindi si tratta di estrarre 34.000 unità da un universo che ne contiene 8.5 milioni.
Ma cos'è questo universo: un insieme o un sistema? E le unità da campionare chi sono: gli individui o le famiglie? Se si tratta di un insieme di individui la Lombardia è come un urna che contiene 8.5 milioni di palline: basta prenderne a caso 34.000.

Un campione casuale è *mediamente ottimo* ma può essere *singolarmente pessimo*: cioè può capitare, per caso, che non ne facciano parte i rivieraschi del Po mentre c'è un eccesso di frontalieri della Valtellina e così via.
Allora si può pensare che l'urna Lombardia contenga oltre 1546 urne più piccole che sono i Comuni e si decide di prendere da ciascuna 4 abitanti per 1000. Un comune di 1000 abitanti darebbe quattro nomi: magari due vecchie sorelle, un bambino e il prete. Un comune di 10.000 abitanti darebbe quaranta nomi: molti adulti attivi, qualche infante, qualche infermo, e così via: magari di quaranta diverse famiglie. Chi parla e di cosa? Non è forse più logico che ogni intervistato risponda sui problemi della salute e dei servizi sanitari così come li vive: cioè nell'interazione e nella testimonianza della sua famiglia?
Allora le unità di campionamento sono le famiglie, non gli individui, e l'universo Lombardia è fatto di 2,7 milioni di famiglie delle quali 10.800 vanno estratte per fare il campione.
Ma di nuovo, questo universo è un insieme o un sistema? E se ogni famiglia è, come ovvio, un sistema e non un insieme, la popolazione come « insieme-organizzato-di-sistemi » può non essere un sistema a sua volta? Così abbiamo pensato e ne abbiamo derivato la convinzione che la popolazione da studiare doveva essere considerata e campionata non solo per composizione ma anche per struttura e che la proiezione più consistente di questa struttura fosse il territorio, urbanisticamente inteso. Abbiamo quindi « letto », nel territorio regionale, delle sub-regioni come macro-sistemi urbani per cui l'appartenenza a subregioni differenti fosse elemento sufficiente per negare tra due zone la capacità di rappresentarsi vicendevolmente. All'interno delle subregioni abbiamo riconosciuto le aree derivanti da una zonizzazione delle unità sanitarie. Queste, a loro volta, sono state lette secondo indici territoriali, indici demografici, indici economici ed indici sanitari che hanno permesso di classificarle, entro ogni subregione, per gruppi di similarità così da scegliere in ogni gruppo coi modi della taxometria quella più simile a tutte le altre comprese nello stesso gruppo. Infine all'interno delle 48 zone prescelte come rappresentative delle 124 incluse nelle 23 subregioni in cui si struttura la Lombardia si sono stratificati i comuni in base ai caratteri: dimensione demografica, classe di attività economica, tasso medio annuo di incremento della popolazione. Negli strati più numerosi così ottenuti si sono prelevati comuni rappresentativi della zona e finalmente in questi comuni le famiglie secondo la frazione di campionamento inizialmente stabilita.
Questo esempio — pur sommariamente descritto — è abbastanza indicativo di un processo di lettura dell'« universo-sistema » in « sottosistemi » e di lettura di questi in « sotto-sotto-sistemi » dei quali individuare elementi e relazioni fondamentali da esplorare, infine, con metodi più o meno tradizionali di campionamento.
Questo esempio è anche indicativo di una ricerca che, pur conservando alcuni caratteri che la accomunano a quella biomedica è in larga misura assimilabile a quella sociomedica.
Se lasciamo cadere la desinenza « medica » restiamo con due paradigmi: la ricerca biologica da una parte e quella sociologica dall'altra e con una ricerca, quella medica — intesa nel senso più pieno, cioè più umano del termine — della quale bisogna decidere se e quando e in che misura si assimila all'una o all'altra.
Il problema è fondamentale e ci riguarda tutti, sia che siamo dei medici che imparano la biometria o dei biologi cui prima o poi qualche medico chiederà collaborazione per la biometria che hanno imparata. Devo ammettere che questo è il problema sul quale volevo fin dall'inizio, giungere a richiamare la vostra attenzione. E devo anche ammettere, senza difficoltà, che su questo problema il mio pensiero è evoluto nel tempo; soprattutto per quanto riguarda la neutralità assiologica della metodologia biometrica applicata alla sperimentazione nell'uomo.
Ricordo di aver rappresentato questa neutralità affermando che all'interno di un ambito positivo di eticità è etico

sperimentare con il maggior rigore biometrico. Ricordo di aver ritenuto che il rigore etico ed il rigore metodologico sono ortogonali, cioè possono darsi l'uno o l'altro o entrambi o nessuno.

Ricordo di aver pensato che l'etica sia una cosa semplice e la biometria una cosa complessa: e che basti raccomandare la prima a coloro cui si insegna la seconda. Ma il problema non era e non è questo: non era e non è nessuno di questi. Il problema è capire quale posizione occupi la biometria nell'evoluzione delle scienze sviluppate dall'uomo, in quanto soggetto, e quale ruolo tenga nello studio scientifico dell'uomo, in quanto oggetto.

La biometria nasce dal grembo della biologia, o meglio delle scienze naturali: la metodologia statistica di cui si sostanzia trova infatti applicazione teorica e pratica in ogni altra disciplina naturalistica. E' comune a tutte porre il rapporto di osservazione, cioè quello tra osservatore e osservato, in termini di *rapporto catalettico*, cioè di assunzione di tutta la soggettività al polo attivo dell'indagine e di riduzione totale all'oggettività del polo passivo dell'indagine stessa.

Questa assunzione di soggettività significa l'esercitato diritto di programmare, descrivere e decidere le condizioni dell'oggetto, e noi abbiamo visto che questi sono i tre compiti fondamentali della metodologia statistica, *come metodologia per lo studio delle cose*: dove la definizione più comprensiva e più corretta di « cosa » è quello di « non-persona ».

Quando, infatti, il rapporto di osservazione si pone tra « persone » esso è un *rapporto dialettico*, cioè di riconoscimento di soggettività ai due poli del rapporto e di ridistribuzione dell'attività su entrambi. Ma se queste condizioni non sono verificate torna ad essere un rapporto catalettico il che significa che — nel contesto dell'osservazione — una « persona » è divenuta una « non-persona » cioè una « cosa ».

Va aggiunto che la dialetticità del rapporto di osservazione tra osservatore e osservato, tra osservatore singolo ed osservati multipli, diventa dialetticità di rapporti tra tutti questi, trasformandone quindi l'insieme — ove mai sia stato tale — in un sistema. E noi abbiamo visto come la metodologia statistica sappia campionare assai meglio gli insieme che i sistemi.

A questo punto si capisce —o, almeno, io ho creduto di capire — come l'adozione del metodo statistico, in senso biometrico, per il disegno e l'analisi dell'esperimento sull'uomo non sia che la ratifica scientificamente più autorevole della cataletticità del rapporto posto in essere da un esperimento di tal natura: o, in altre parole, che l'esperimento sull'uomo appartiene all'osservazione naturalistica. Ma non è forse vero? Non è vero che se io per scopi di ricerca conto i globuli rossi in una goccia di sangue ho campionato correttamente un sottoinsieme da un insieme ben più grande di emazie? E non è vero che se ho ripetuto questa prova in un gruppo di persone ignare e prese a caso da una popolazione ho ancora campionato un sottinsieme da un insieme più grande di persone? E così via? Certamente è vero ma è anche falso che si trattasse di persone; erano cose della natura con le quali ho rinunciato ad avere un rapporto dialettico.

Questo avrebbe implicato, come minimo requisito, che dell'esperimento avessero avuto una stessa immagine sia lo sperimentatore sia gli sperimentati.

Il problema della soggettivazione dello sperimentato, cioè del recupero di un rapporto dialettico nella sperimentazione sull'uomo, è, dunque, un problema biometrico non risolto. Perché se ci si porta verso il modello sociologico, dove il rapporto dialettico è naturale, l'universo ed il campione si fanno sistemi e l'arte del campionamento di sistemi è assai immatura.

Se ci si porta verso il modello biologico, dove l'universo come insieme è più facilmente esplorabile, il rapporto si fa catalettico e come tale non è in alcun modo redimibile. Per superare questa *impasse* occorre che la disciplina, qui insegnata, che ha un capitolo intitolato « Programmazione degli esperimenti », leggibile degli sperimentatori e contenente norme per la scelta degli sperimentati ne scriva un altro, forse con lo stesso titolo, che sia leggibile dagli sperimentatori e contenga norme per la scelta degli sperimentatori.

Se la biometria non è ancora a tanto, come non è, significa questo che il biometrista è impotente e costretto o a scegliere di astenersi dall'intervenire o intervenire per razionalizzare il rapporto catalettico, come gli è regolarmente richiesto?

L'ho pensato in questi ultimi anni e con molto rammarico ricordando tutti quelli cui io stesso ho insegnato un pò di biometria, con diverso animo e con altra intenzione.

Ma in tempi più recenti il mio pessimismo si è mitigato. Paradossalmente nella misura in cui mi sono convinto che la negazione del rapporto dialettico non si limita all'atto sperimentale ma è propria anche dell'atto medico globale e, quindi, informa di sé tutto il sistema medico.

Ho ben presenti tre colleghi che, tempo fà, sono venuti a dirmi: vogliamo fare un esperimento secondo i tuoi principi: dicci come dobbiamo fare.

Si incominciò a studiare insieme la cosa e si continuò per alcune riunioni. Alla fine si convinsero che era impossibile trasformare in soggetti reali i 30 prescelti per l'esperimento senza che ciò avvenisse anche per gli altri ricoverati del reparto e senza che ciò modificasse completamente il rapporto tra medici, infermieri, malati, cioè la vita di tutto il reparto. Per quanto ne so, rinunciarono all'esperimento o rinunciarono alla collaborazione richiestami.

Così come ho presente il caso opposto: di un ospedale specializzato dove il numero di esperimenti in corso (circa una ventina) moltiplicati per il numero medio di pazienti coinvolti in ciascuno (circa una ventina) fa un numero corrispondente a quello dei letti, circa quattrocento. Come dire che mediamente ogni paziente è oggetto di un esperimento. Di fatto questo ospedale è un istituto sperimentale. Cambiarlo come tale, cioè mutandone il modo di sperimentare, vorrebbe dire cambiarlo come ospedale, cioè mutare il modo di assistere i malati. Perché no?

Cosa significano questi esempi se non quanto dicevo poc'anzi: cioè che la condizione sperimentale è vissuta dall'uomo anche all'interno di quella assistenziale e oltre questa nello stesso rapporto sociale?

La logica di conversione del sistema di uomini in insieme di cose è onnipervasiva: come quella di conversione del rapporto dialettico in rapporto catalettico. L'esperimento scientifico sull'uomo ne rappresenta la estrema stilizzazione: e di esso la metodologia statistica dà la migliore razionalizzazione.

Per questo il biometrista preparato e consapevole — consapevole soprattutto della non neutralità del suo intervento non in quanto descrittore di statistiche o stimatore di parametri ma in quanto definitore di universi e programmatore di esperimenti — può ricusarsi come tecnico e proporsi come responsabile, secondo l'augurio che io faccio a tutti voi.

Fonti

La foto di pag. 3 è di Giancarlo De Bellis.
Le foto delle pagg. 5, 15, 16, 29, 30, 33, 41, 45, 46, 47, 50, 53, 55 sono di Uliano Lucas.
La foto di pag. 57 è di Silvestre Lo Consolo.
Le foto delle pagg. 58, 60, 61 sono di Francesco Radino.
La foto di pag. 62 è di Carla Cerati.

INDICARE LA CAUSALE DEL VERSAMENTO - SCRIVERE A STAMPATELLO

SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI
Certificato di allibramento

Versamento di L. ....
eseguito da ....
....
residente in ....
via ....
cod. postale ....
sul c/c N. **13/6366**
intestato a: **EDIZIONI DEDALO BARI**
Addì (1) .... 197 ......

Bollo lineare dell'ufficio accettante

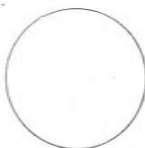
N. ....
del bollettario ch 9

Bollo a data

SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Bollettino per un versamento di L. ....
Lire ....
eseguito da ....
residente in .... *via* ....
sul c/c N. **13/6366** *intestato a:* **EDIZIONI DEDALO BARI**
nell'Ufficio dei Conti Correnti di BARI

Firma del versante
.... *Addì* (1) .... 197 ......

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Tassa di L. ....

Bollo a data

Cartellino del bollettario

L'Ufficiale di Posta

(1) La data deve essere quella del giorno in cui si effettua il versamento.

SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI
Ricevuta di un versamento

di L. ....
Lire ....
....
eseguito da ....
....
sul c/c N. **13/6366**
intestato a: **EDIZIONI DEDALO BARI**
Addì (1) .... 197 ......

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Tassa di L. ....

numerato di accettazione

L'Ufficiale di Posta

Bollo a data

N	R	SAPERE abb. 1977	L. 10.000
N	R	MONTHLY REVIEW abb. 1977	L. 5.000
N	R	CONTROSPAZIO abb. 1977	L. 8.000
N	R	INCHIESTA abb. 1977	L. 5.000
N	R	IL PICCOLO HANS · abb. 1977	L. 9.000
N	R	QUADERNI DI STORIA abb. 1977	L. 6.000
N	R	LAVORO CRITICO abb. 1977	L. 9.000
N	R	CLASSE abb. 1977	L. 7.000
N	R	MAGISTR. DEMOCR. abb. 1977	L. 4.000
N	R	INFORMATICA abb. 1977	L. 9.000
N	R	QUADERNI MEDIEVALI abb. 1977	L. 6.000

Totale degli abbonamenti scelti

meno L. per abb. in più

Importo del versamento

N.B. *Indicare N se si tratta di nuovo abbonamento e R se si tratta di rinnovo.*

Parte riservata all'ufficio dei conti correnti

Bollo a data

Il Verificatore

AVVERTENZE

Il versamento in conto corrente è il mezzo più semplice e più economico per effettuare rimesse di denaro a favore di chi abbia un C/C postale.

Per eseguire il versamento il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purché con inchiostro, il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non vi siano impressi a stampa).

Per l'esatta indicazione del numero di C/C si consulti l'Elenco generale dei correntisti a disposizione del pubblico in ogni ufficio postale.

Non sono ammessi bollettini recanti cancellature, abrasioni o correzioni.

A tergo dei certificati di allibramento, i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari, cui i certificati anzidetti sono spediti a cura dell'Ufficio conti correnti rispettivo.

Il correntista ha facoltà di stampare per proprio conto i bollettini di versamento, previa autorizzazione da parte dei rispettivi Uffici dei conti correnti postali.

Autorizzazione dell'ufficio c/c di Bari n. 13/6366 del 25 agosto 1967

La ricevuta del versamento in c/c postale, in tutti i casi in cui tale sistema di pagamento è ammesso, ha valore liberatorio, per la somma pagata, con effetto dalla data in cui il versamento è stato eseguito.

Se siete correntisti postali
per i vostri pagamenti usate il
POSTAGIRO
senza limite di importo ed esente da qualsiasi tassa.

Abbonamenti 1977

Per i rinnovi si prega di usare esclusivamente il modulo di c/c prestampato inviato con la rivista

Offerta speciale per Abbonamenti cumulativi

Per ogni rivista in più 500 lire in meno

(per due abbonamenti detrarre 500 lire, per tre 1000 lire, per quattro 1500 lire, e così via)

Copie arretrate: vengono cedute a prezzo di copertina fino ad esaurimento. Insieme alla richiesta dovrà essere inviato il relativo importo in assegno bancario o anche in francobolli.

All'importo complessivo dei prezzi di copertina dovranno essere aggiunte lire 500 per spese di spedizione (lire 800 se per spedizione raccomandata).

Cambi di indirizzo: Comunicate subito il cambio di indirizzo inviando lire 200 in francobolli e **indicando anche il vecchio indirizzo.** Indicare sempre la rivista cui si riferisce l'abbonamento o la richiesta di copie.

Tutta la corrispondenza per le causali sopra indicate dovrà essere indirizzata esclusivamente a:
EDIZIONI DEDALO
Ufficio diffusione periodici
Casella postale 362
70100 BARI

Das neue Frankfurt 1926-1931

a cura di Giorgio Grassi

scritti di **Ernst May, Raymond Unwin, Walter Gropius, Adolf Behne, J.J. Pieter Oud, Heinrich Tessenow, Le Corbusier, Oskar Schlemmer, Adolf Loos, Laszlo Moholy-Nagy, Ludwig Hilberseimer, Sigfried Giedion, Peter Behrens, ecc.**

Architettura e città

 Dedalo libri

Si tratta di un'ampia antologia della famosa rivista diretta da Ernst May che testimonia e ripropone la vastità degli interessi e l'impegno ideologico degli architetti razionalisti e, in generale, della cultura d'avanguardia in Europa. Ma ciò che fa di **d.n.F.** un'esperienza unica e costantemente attuale è proprio il carattere d'individualità che la città di Francoforte (la sua esperienza storica, la prospettiva architettonica che si era scelta, ecc.) trasmette per così dire alla rivista, in quanto **manuale d'architettura** desunto e costruito sulla città stessa. E' questa l'angolazione secondo cui la lettura di **d.n.F.** si manifesta come più ricca di motivi progressivi; e proprio in questo la rivista di May riesce a uscire dall'effimero groviglio delle polemiche del momento. In tal senso **d.n.F.** costruisce in modo affatto originale un discorso unitario pur attingendo a fonti differenti: **d.n.F.** fissa gli elementi per la costruzione di una teoria dell'architettura proprio nel suo riflettersi costantemente nell'esperienza individuale della città di Francoforte, nella sua stessa genealogia culturale e architettonica. Negli anni '25-'30 Francoforte si trova al centro del dibattito architettonico europeo: il congresso dei CIAM tenutovi nel '29 segna il culmine di questa vicenda dell'architettura moderna che si impernia intorno a una città, dove l'articolo di May **die Wohnung für das Existenzminimum** rappresenta tanto l'editto di un programma europeo per l'architettura quanto il destino preciso che una città in un momento si era scelto.

G. Canella L. S. D'Angiolini

Università

ragione contesto tipo

Architettura e città

 Dedalo libri

Se rappresentatività del centro e di disgregazione del restante tessuto urbano — come fatti interdipendenti, nella città — inducono a mantenere dialettica frontalità fra insediamento universitario preesistente (tutto o parte) e centro storico, in un contesto urbano scoordinato e frammentario un nuovo insediamento universitario consolidato può essere occasione per decongestionare e favorire lo sviluppo direzionato. Può contribuire — in quanto nodo di relazioni garantito da larga accessibilità — ad organizzare intorno metropolitano con altro uso di città, policentrico nell'ambito regionale.
E' solo così, d'altra parte, che l'istituzione — attraverso la memoria storica e la cultura etnica che l'ambiente impone, come sua ragione — si esalta assume innovazione radicale, rifondativa, della conoscenza (muovendo dai problemi posti da mutazioni di struttura economica). Nella sua crescita, obbligata, il sistema universitario avrà prossimamente, in Italia, molte simili occasioni.
La « sperimentazione » tentata alla Facoltà di architettura del Politecnico di Milano viene qui storicizzata attraverso l'assunzione critica di una ricerca sul tema dell'università, protrattasi dal 1968 al 1970. Sviluppatasi coerentemente ad un certo approccio operativo, essa si articolò dallo studio comparato e contestualizzato delle tipologie universitarie fino al progetto di uno specifico insediamento universitario e, addirittura, fino al progetto del suo contesto; dall'individuazione di strategie dell'istruzione a scala regionale fino al recupero di alcune sedi storiche attraverso le loro più attendibili vocazioni.

edizioni Dedalo

Henri Lefebvre
SULLO STATO
1. Lo stato nel mondo moderno

Che cosa è lo Stato e che cosa è lo statale? Una assai interessante e lucida teoria per trovare una risposta a questo appassionante interrogativo e per condurre il lettore a riflettere sulla strana assenza di definizione dello Stato moderno.

Vittorio Lanternari
LA GRANDE FESTA

L'autore analizza e rappresenta in questo libro il senso del Capodanno come momento di massimo impegno per la vita individuale e collettiva, fondandosi su una vastissima perlustrazione di riti e di usanze. Ne emerge una suggestiva panoramica della vita religiosa, economica e sociale delle civiltà più diverse e distanti.

Alexandre Cirici
ARTE E SOCIETA'
Introduzione di G.C. Argan

Una visione storica e sistematica dei problemi che nascono dallo svolgersi del fenomeno artistico entro la struttura delle relazioni sociali mutevoli, ma necessariamente evolventi verso una pianificazione collettiva.

Renato De Fusco
LA RIDUZIONE CULTURALE
Una linea di politica della cultura

Il libro muove dalla constatazione di una grande inflazione oggi esistente di beni culturali — mass-media — e rileva un enorme divario tra operatori e pubblico, tra offerta e domanda di tali beni. De Fusco propone il tema della riduzione culturale, intendendo con tale espressione una riduzione all'essenza, alla struttura delle ricerche culturali nei vari campi

Louis Althusser
SULL'IDEOLOGIA

Un fondamentale studio di Althusser sui meccanismi dell'ideologia del potere e della alienazione nella società capitalistica.

Mao Tse-tung
PER LA RIVOLUZIONE CULTURALE

Teoria e pratica, dialettica e costruzione, rivoluzione e cultura in un inedito di Mao.

edizioni Dedalo

V.N. Vološinov
MARXISMO
E FILOSOFIA DEL LINGUAGGIO

Una delle più importanti pubblicazioni degli ultimi cinquant'anni nel campo della *linguistica* della *teoria semiotica* e dell'*analisi del discorso,* alla luce del marxismo.

Noël Mouloud
LINGUAGGIO E STRUTTURE

Quest'opera s'inserisce nel dibattito filosofico tra strutturalismo e storicismo. L'autore abborda i due versanti sotto il profilo epistemologico e cerca di mediarli tramite la discussione della problematica del « senso ».

Francesco Gabrieli
TESTIMONIANZE
ARABE ED EUROPEE

Ricordi ed esplorazioni del grande arabista italiano, viaggiatore instancabile ed osservatore attento di persone, luoghi, segni del passato e suggestioni del presente; protagonista e testimone di incontri e confronti tra Oriente ed Occidente.

ANNUARIO
DI POLITICA INTERNAZIONALE
1973

Tutti i grandi avvenimenti internazionali del 1973. I nodi della politica mondiale, le tendenze delle grandi potenze, le prospettive per il futuro. Una completa rassegna delle situazioni politiche in tutti gli Stati del Mondo con documenti, cronologie e dati statistici.

Bice Leddomade
EMARGINATI PERCHE'

Un messaggio attraverso l'analisi dei documenti italiani più recenti, sulla integrazione scolastica dell'handicappato.

F.E. Leschiutta / M. Panizza
IL TERRITORIO DELLA SCUOLA

Attraverso la risposta alle spinte sociali e civili emergenti, il sistema scolastico può incidere sui processi urbani e territoriali, affrontati come nodi centrali di una « programmazione culturale ».

LIBER MONSTRORUM
a cura di Franco Porsia

Un viaggio dalle fantasie letterarie classiche alle popolazioni gotiche delle cattedrali. Un lavoro che solleva il sipario onirico dalle « certezze » scientifiche medievali.

edizioni Dedalo

QUADERNI MEDIEVALI / 2

Uomo ed ambiente naturale / L'espansione urbana di Bari / Le masserie regie in Puglia XIII / Medioevo e didattica alternativa / Fantascienza e storia / Andrej Rublëv / Lettura di Muratori.

RELIGIONI E CIVILTA' / 2

La scuola romana affronta in questo volume la questione sul rapporto tra la funzione destorificante del mito e la possibilità di sottoporlo ad un'indagine storica.

Marx, Engels, Lenin
SULLA SCIENZA

Una raccolta dei principali testi di Marx, Engels e Lenin intorno al tema, così decisivo nella società contemporanea, dei rapporti fra il marxismo e la scienza.

Marcelin Pleynet
STANZE
Incantesimo detto
della benda d'oro I-IV

Il libro vuole cogliere, e trasformare, ciò che è storicamente in gioco nelle rimozioni logomachiche della poesia di stati d'animo o nelle ritenzioni psicologiche della poesia formale. L'autore svela il gioco analitico di una lingua confrontata così, tanto alla sua cultura che ai suoi arcaismi.

Grazia Marchianò
LA PAROLA E LA FORMA
Simbologia
dell'esperienza estetica

Attraverso una lettura simbolica di alcune strutture artistiche archetipiche, il volume prospetta una teoria della conoscenza fondata sull'esperienza estetica e determina i presupposti per una simbologia dell'arte e dell'immaginazione creativa.

Stephen Heath
L'ANALISI SREGOLATA:
LETTURA DI R. BARTHES

I termini e gli strumenti per una lettura critica alternativa della produzione letteraria che privilegiando i problemi della comunicazione del linguaggio approda alla teorizzazione del romanzesco senza romanzo.